UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

"Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad"

Informe Final del Trabajo de Grado Académico, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica

Autor: Lupe del Pilar Guallimba Revelo
Tutor: Dr. Nelson Oswaldo Montenegro Jiménez

Quito–2011

C
0358
G931 Guallimba Revelo, Lupe
Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad/Lupe Guallimba Revelo.— Informe final del Trabajo de Grado, previo la obtención del título de Psicólogo Clínico.— Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Carrera de Psicología Clínica, 2011
171 p.: il.
Tutor: Montenegro Jiménez, Nelson Oswaldo

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Central del Ecuador en especial a la Facultad de Psicología, que me ha dado la oportunidad de ser parte de los profesionales en tan noble carrera.

A todos mis maestros que durante los años de estudio me han enseñado a valorar el conocimiento y la profesión, para forjar trabajo y esfuerzo con responsabilidad a favor de la sociedad.

Al Sub-centro de Salud de Caupichu, y a todos los funcionarios que trabajan en esta institución, que me brindaron todas las facilidades necesarias con la información y datos que hicieron posible que esta investigación sea realizada de una manera exitosa.

Lupe del Pilar Guallimba Revelo

DEDICATORIA

El presente trabajo, está dedicado a mi hermana, Germania Guallimba que siempre me ha apoyado y ha estado a mi lado en todos y cada uno de los pasos que he dado en mi vida, con mucho amor para ti que has sido mi motivación permanente y con tú apoyo he llegado a cumplir con otra meta.

Lupe del Pilar Guallimba Revelo

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 3 de mayo del 2013

Yo **Lupe del Pilar Guallimba Revelo**, autor de la investigación, con cedula de ciudadanía **no. 171276760-5**, libre y voluntariamente DECLARO, que el Trabajo de Grado Académico:

"Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad"

Es original y no constituye plagio o copia alguna, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

NN Lupe Guallimba
CC.171276760-5

AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, **Lupe del Pilar Guallimba Revelo** en calidad de autora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre:

"Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad",

por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de los que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autora me corresponden con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 3 de mayo del 2013

Atentamente,

NN Lupe Guallimba
CC.171276760-5

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ACTA DE GRADO

Folio No. 058

En la ciudad de San Francisco de Quito D.M., el día **13 de julio del año dos mil doce, a las 11h00**, los señores: Dr. Pablo Picerno. Presidente, Dr. Oswaldo Montenegro y Dr. Wilson Echeverría, Vocales del Tribunal; procedieron a receptar el Grado Oral previo al otorgamiento del título de **PSICOLOGA CLINICA**, de la señorita:

GUALLIMBA REVELO LUPE DEL PILAR

De nacionalidad **ecuatoriana** con cédula de ciudadanía No. **171276760-5**, y después que cada uno de los señores profesores hubo examinado de acuerdo a la Ley y Reglamentos vigentes, calificaron el acto por votación secreta de la que resultó aprobado con la nota de: **9 (nueve)** que promediado con las notas obtenidas en sus años de estudio cursados en Modalidad Presencial a nivel de Grado (tercer nivel), que fue de **8.41 (ocho cuarenta y uno)**, dio como resultado la nota definitiva de **8.70 (ocho setenta). Equivalente a MUY BUENA.**

Por lo que se le confiere el **TITULO DE PSICOLOGA CLINICA**

La defensa realizada versó sobre su Trabajo de Investigación.

Dado en la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad Central del Ecuador, para constancia firman todos los miembros del Tribunal junto con el Secretario Abogado que certifica:

Dr. Pablo Picerno
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Oswaldo Montenegro
VOCAL

Dr. Wilson Echeverría
VOCAL

Dr. Daniel Criollo R.
SECRETARIO ABOGADO

Observaciones.....
.....
Expedido y refrendado.....

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de grado académico sobre Psicología Clínica, Neurosis de Angustia, específicamente fobias. El objetivo fundamental es determinar los factores causantes de fobia al tratamiento odontológico, según estilos de atención inadecuados. El abandono de la consulta odontológica de pacientes embarazadas, conocedoras del riesgo de perder su dentadura; motiva a probar que, los traumatismos provocados por el odontólogo, el miedo observado en sus padres durante la niñez y el ruido de la turbina, son causas fóbicas al tratamiento odontológico. Se explica teóricamente con el enfoque cognitivo y conductual de Bandura, que dice que el sujeto expresa su pensamiento, su sentir y actuar de acuerdo con conductas heredadas y aprendidas en el entorno familiar, en la convivencia con el medio social y la cultura; tratado en cinco capítulos: mujer embarazada, odontología y psicología fóbica, fobia odontológica, enfoque cognitivo conductual y fobias. Investigación cuantitativa, no experimental, con método científico, inductivo-deductivo y estadístico. A cincuenta y nueve mujeres embarazadas, entre veinte y treinta años de edad, se ha evaluado fobias y miedos odontológicos, evidenciando miedo iniciado en la niñez. Se recomienda remitir estos casos odonto-fóbicos al psicólogo

CATEGORIAS TEMATICAS:

PRIMARIA: PSICOLOGIA CLINICA
NEUROSIS DE ANGUSTIA

SECUNDARIA: FOBIAS

DESCRIPTORES:
ODONTOFOBIA
ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL - TEST DE CORAN
MIEDO ODONTOLOGICO – CUESTIONARIO ESTRUCTURADO
SUBCENTRO DE SALUD DE CAUPICHU

DESCRIPTORES GEOGRÁFICOS:
SIERRA – PICHINCHA – QUITO – CAUPICHU

SUMMARY DOCUMENTARY

Working on Clinical Psychology degree, anxiety neurosis, phobias specifically. The main objective is to determine the factors causing dental treatment phobia as inadequate care styles. The abandonment of the dental office of pregnant patients, aware of the risk of losing your teeth; motivates prove that the trauma inflicted by the dentist, fear observed in their parents during childhood and turbine noise, are the causes phobic dental treatment. Theoretically explains the cognitive-behavioral approach of Bandura, which says that the subject expresses his thoughts, feelings and act on inherited and learned behaviors in the family, in coexistence with the social and culture; treated in five chapters: pregnant woman, dentistry and psychology phobic, phobia dental phobias and cognitive behavioral approach. Quantitative research, non-experimental, with scientific method, inductive-deductive and statistical. Fifty-nine women pregnant, twenty to thirty years old, has been evaluated dental phobias and fears, showing fear started in childhood. It is recommended to refer these cases to the psychologist odonto-phobic

THEMATIC CATEGORIES:

PRIMARY: CLINICAL PSYCHOLOGY
ANXIETY NEUROSIS

SECONDARY: PHOBIAS

DESCRIPTORS:
ODONTOPHOBIA
DENTAL ANXIETY SCALE - TEST OF KORAN
DENTAL FEAR STRUCTURED
QUESTIONNAIREHEALTH SUBCENTER CAUPICHU

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:
SIERRA - PICHINCHA - QUITO - CAUPICHU

TABLA DE CONTENIDOS

A. PRELIMINARES

Agradecimiento iii
Dedicatoria iv
Declaratoria de Originalidad v
Autorizacion de la Autoria Intelectual vi
Resumen documental viii
Tabla de contenidos x
Tabla de cuadros
Tabla de graficos

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE GRADO ACADEMICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1
OBJETIVOS 1
General 1
Específicos 1
FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS 2
JUSTIFICACIÓN 2

MARCO REFERENCIAL 4
SUB-CENTRO DE SALUD DE CAUPICHU 4

MARCO TEORICO 11
Fundamentación Teórica 11
Posicionamiento Personal 11

CAPITULO I 12
1. ¿COMO AFECTAN LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO? 12
1.1 MUJER EMBARAZADA Y FOBIA ODONTOLÓGICA 12
1.1.1 Definición De Mujer Embarazada 13
1.2 CAMBIOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO 14
1.3 EL MIEDO 15
1.4 APARICIÓN DE MIEDOS DURANTE EL EMBARAZO 16
1.5 AFECTACIONES EN EL EMBARAZO Y SU SALUD ORAL 18
1.6 PREVENCIÓN DEL CUIDADO DE LOS DIENTES DURANTE EL EMBARAZO 19
1.7 AFECTACIÓN DE LA SALUD ORAL DE LA MADRE EN SU BEBE 19

CAPITULO II 21
2. INSTRUMENTAL Y TRATAMIENTOS ONTOLÓGICOS CAUSANTES DE MIEDO 21

2.1 DEFINICIÓN DE ODONTOLOGÍA 21
2.2 INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO 24
2.2.1 Instrumentos rotatorios 24
2.2.2 Instrumentos para anestesia 26
2.2.3 Instrumentos de corte 27
2.2.4 Instrumentos para exodoncias 27
2.2.5 Instrumentos auxiliares en el diagnóstico 29
2.3 TRATAMIENTOS DE ENDODONCIAS 30
2.2.1 Tratamiento de conductos radiculares 30
2.4 TRATAMIENTOS DE CIRUGÍA 31
2.5 TRATAMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL 33
2.6 CÓMO LLEGA LA PACIENTE AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO 36
2.7 EL EMBARAZO Y SU SALUD ORAL 36

CAPITULO III 41
3. FOBIAS 41
3.1 DEFINICIÓN 41
3.2 DEFINICIÓN DE FOBIA ESPECÍFICA 42
3.3 SÍNTOMAS 43
3.4 EL MIEDO 45
3.5 DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD MIEDO Y FOBIA 48
3.6 LA FISIOLOGÍA DEL MIEDO 50
3.7 ETIOLOGÍA DEL MIEDO 53
3.8 LAS FOBIAS EN LOS NIÑOS 55

CAPITULO IV 58
4. ODONTOFOBIA EN LA MUJER EMBARAZADA 58
4.1 FOBIA ODONTOLÓGICA 58
4.2 CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO 59
4.3 ETIOLOGÍA DE LAS FOBIAS DENTALES 60
4.4 SIGNIFICADO PSICOSOCIAL DE LA BOCA 65
4.5 EXPLICACIONES DE LA ADQUISICIÓN DEL MIEDO DENTAL 66
4.6 EL ESTRÉS EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA 67
4.7 EL TRATO DENTISTA – PACIENTE 68
4.8 DESENCADENANTES DE LA ANSIEDAD ODONTOLÓGICA 70
4.9 ATRIBUTOS DE LAS PACIENTES CON MIEDO AL ODONTÓLOGO 71
4.9.1 Las conductas de evitación 72
4.9.2 Las conductas de tranquilizarían 72

CAPITULO V **74**
5. ENFOQUE COGNITIVO –CONDUCTUAL 74
5.1 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL 74
5.2 QUIEN DEBE DIAGNOSTICAR UNA FOBIA 76
5.3 DINÁMICAS DE LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN LOS ADULTOS 77
5.4 TÉCNICAS COGNITIVO- CONDUCTUAL HABITUALMENTE UTILIZADAS 80
5.5 CONTROL DE ANSIEDAD CON TERAPIA DE COMPORTAMIENTO 83
5.6 MODIFICACIÓN COGNOSCITIVA 89
5.7 PSICOTERAPIA 93
5.7.1 Comunicación 93
5.7.3 Distracción 94
5.7.4 Técnicas con factores de molestia disminuidos 94

MARCO METODOLÓGICO **96**
DEFINICIÓN DE VARIABLES 96
CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES Y MEDIDAS 96
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN 100
RECOLECCIÓN DE DATOS 101
MÉTODO ESPECÍFICO PARA LLEGAR A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS. 101

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION **102**
ANÁLISIS SOCIO DEMOGRÁFICO 102
MESES DE EMBARAZO 104
ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO ACERCA DEL MIEDO ODONTOLÓGICO 105
MIEDO A LOS OBJETOS ODONTOLÓGICOS 106
ANÁLISIS DEL MIEDO AL DENTISTA 130
ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE NORMAN CORAH 135
COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS 137

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **142**
Conclusiones 142
Recomendaciones 144

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
Tangibles 145
Virtuales 145

ANEXOS **147**
ANEXO A. GLOSARIO TÉCNICO 147
ANEXO B. SIGLAS Y ACRÓNIMOS 148
ANEXO C. CUESTIONARIO DEL MIEDO AL ODONTÓLOGO 149
ANEXO D. Cuestionario De La Escala De Ansiedad Dental De Norman Corah 152
ANEXO E. FOTOS 154

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE GRADO ACADEMICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En vista de que no existe documento alguno que aporte como información sobre los estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad según investigaciones realizadas, me motiva a realizar el presente trabajo, cabe manifestar que antes de iniciar la investigación se observó algunas dificultades a la asistencia odontológica en las mujeres embarazadas y al compartir esta inquietud con los profesionales de la institución, se determinó que existe un alto porcentaje de mujeres que evitan de alguna manera no acudir a la atención odontológica, cuando la especialista en el campo enviaba a las embarazadas a odontología luego de ser revisadas por ella ponían cualquier pretexto para de alguna manera abandonar el tratamiento odontológico, de todas las que se envió en una sesión de un día no asistieron ninguna, a pesar que durante el embarazo se debe tener más cuidado con la higiene bucal sin importar que pueden perder sus piezas dentales siendo su peor enemigo el miedo que les provoca la atención odontológica; por lo que al observar el alto número de mujeres que abandonan l tratamiento odontológico se creyó conveniente trabajar en el tema " Estilos de atención odontológica y fobiaen mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad."

OBJETIVOS

General

Determinar los factores causantes de la fobia al tratamiento odontológico, de acuerdo con los estilos de atención inadecuados, a través de la aplicación de pruebas psicológicas en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad en el Sub-centro de Salud de Caupichu.

Específicos

- Establecer si las reacciones de miedo observado en sus padres en la consulta odontológica, en su niñez influyen en la presencia de fobias en las personas investigadas.

- Conocer si el ruido que provoca la turbina es el factor predominante responsable de la fobia en las personas investigadas.

- Identificar si necesariamente un traumatismo provocado por el odontólogo es causa de odontofobia en las personas investigadas.

FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

- La conducta del miedo observada en los padres durante la niñez son los responsables de la aparición de fobia en las personas investigadas.
- El ruido que provoca la turbina es el factor predominante en la aparición de fobias en la muestra de personas investigadas.
- Los Traumatismos provocados por el odontólogo son la causa de fobias en las personas investigadas.

JUSTIFICACIÓN

No existen registros formales sobre la frecuencia y la incidencia de la ansiedad en la atención odontológica, solo algunos estudios que nos orientan hacia la frecuencia de este problema. Perrott y asociados en 34.191 pacientes sometidos a procedimientos ambulatorios en consulta, encontraron que 80,3% reportaron algún grado de ansiedad antes de la atención.

La magnitud del problema es tal que en varios países se han implementado clínicas especializadas en el manejo del temor al tratamiento odontológico, las que reportan procedimientos basados en técnicas de manejo psicológico con razonable éxito.

Se incluyen desde métodos indirectos, como la utilización de cartillas de difusión educativas, hasta métodos intensivos que implican la derivación a terapia cognitiva. Las comparaciones de los diferentes métodos nos muestran una eficacia relativa de cada uno de ellos.

La ansiedad dental ha sido clasificada en quinto lugar dentro de las situaciones comúnmente temidas.

Dada su alta prevalencia, es de esperarse que los pacientes con ansiedad dental eviten las visitas dentales. Solo una minoría de los pacientes indica no tener ansiedad relacionada al ambiente dental. Un estudio llevado acabo en Holanda reporto que solo el 14 % de la población Holandesa no experimentó aprensión o ansiedad al visitar al dentista, mientras que casi el 40% experimento ansiedad por encima de lo normal y el 22% mostraron estar altamente ansiosos. En este estudio lasmujeres entre los 26 -35 años con asistencia irregular, fueron los pacientes con más probabilidad de experimentar altos niveles de ansiedad dental. En Australia información pública desde 1996 reveló que un 14,9% de adultos podrían ser clasificados con alta ansiedad dental. Es por esto que se realizó esta investigación, ya que muchas de las personas no recuren a la atención odontológica por miedo a las diversas circunstancias mencionadas anteriormente.

Las conductas irracionales de los padres en este caso la fobia odontológica hace entender como las personas significativas afectivamente pueden marcar la vida de los seres tan queridos como son los hijos e hijas.

Así como también si un sonido es desagradable para el oído y lo relacionamos con nosotros puede crear en nuestra mente algo desfavorable que nos crea un miedo exagerado en este caso a la atención odontológica, también si durante el tratamiento odontológico hubo alguna malaexperiencia con respecto a la atención o el trato recientemente o en el pasado por el odontólogo puede afectar el presente y futuro de la persona.

En resumen podría decir como el miedo odontológico y cualquier otro, al no enfrentarlo puede llevar a evitar situaciones que traen más complicaciones e incluso a agudizar el miedo y hacer más difícil la superación del mismo.

El Sub-centro de Salud de Caupichu facilitó la realización de la investigación, sobre los “Estilos de atención odontológica y fobia en mujeres embarazadas de 20 a 30 años de Edad “petición que fue aceptada por la directora, la Doctora Nancy Espinel, claro está que el Sub-centro brindó ayuda con los recursos que ellos cuentan.

MARCO REFERENCIAL

SUB-CENTRO DE SALUD DE CAUPICHU

DATOS GENERALES

- **Nombre de la Institución**:
- Sub-Centro de Salud Caupichu es una entidad Pública.
- **Dirección**: **Av**. Leónidas Dublés junto a la Iglesia Verbo Divino y la Escuela "Manuel Nieto Cadena".
- **Tutor**: Dr. Psc. Patricio Bedon
- **Supervisor**: Dr. Oswaldo Montenegro
- **Nombre del Alumno:** Lupe Guallimba
- **Horario:** 8:00-12:00
- **Dirección:** Nueva Aurora
- **Teléfono:** 3000-551--087783841
- **Correo Electrónico:** lupeguallimba10@hotmail.com
- **Teléfono del Sub-Centro:** 3084-011

BENEFICIARIOS

Mujeres Embarazadas de 20 a 30 años de Edad

ANTECEDENTES DEL CENTRO

El sub-centro de salud de Caupichu es una de las unidades, ubicado al Sur de Quito en la parroquia Turubamba, entre las calles Leónidas Doublés y Avenida Turubamba, tras la escuela "Manuel Nieto Cadena" junto a la iglesia, creada hace 10 años para brindar atención integral de salud ambulatoria dirigida a grupos específicos según edad y género y así brindar a la población promoción, fomento, protección en forma ambulatoria.

La población que habita en este sector tomando en cuenta la pirámide privilegia los rangos de edad entre 0 a 24 años seguido por el rango entre 25 a 49 años de edad. Entre estos rangos el componente femenino se impone sobre el masculino, desde los 15 años de edad en adelante. Por su parte el componente masculino es ligeramente superior entre los rangos de 0 a 14 años. Concentrándose el mayor número de habitantes entre los rangos de 5 a 9 años de edad. Indicando que la población de área de estudio es joven.

Con relación al estado civil, tomando como base la encuesta realizada en el área de estudio a la población mayor de 12 años, se puede determinar que casado es el estado civil es de mayor porcentaje presente en la zona con un 47,30%, seguido por soltero con un 45,05%. La población que seasentó en estos predios es en su mayoría Mestiza perteneciendo a la clase media.

Según los datos del municipio de Quito, la zona de estudio posee una tasa de analfabetismo general 5,9%.La incidencia de analfabetismo es más severa en la población femenina es de 8,1% frente al 3,15% de la tasa masculina.

En el nivel de instrucción primario corresponden 54,11% de la población total es notorio la población en los niveles de instrucción superior, alcance tan solo el 5% de la población. El nivel de instrucción máximo alcanzado por la mayoría de los habitantes es la primaria.

La estructura de empleo por grupo ocupacional favorece las categorías oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios, en segundo lugar esta la categoría de trabajadores no calificados.

Mientras que la estructura del empleo por categoría de ocupación coloca a empleados del sector privado en un 46,87% y cuenta propia en un 26,58%.

Los principales motivos para la migración hacia Quito, de acuerdo al trabajo de campo realizado es: búsqueda de mejores oportunidades de trabajo, o simplemente mejorar sus condiciones de vida. La población inmigrante representa el 50% y las provincias que aportan con mayor número son las de la Sierra.

De acuerdo al V censo del 2001, el 71,8% se incluyen dentro de las categorías de casa, villa o departamento.Cuenta con el Centro de Salud de Caupichu , Escuela Fiscal Manuel Nieto , Colegio "JimIrwin", Valencia Herrera ,Parque de Caupichu, Casa Barrial, Iglesia Verbo Divino líder formal como es el Sr. Norman Chuquirima

Según las estadísticas realizadas en el INEC en el 2001 la tasa de mortalidad general en la parroquia de GuamanÍ y Turubamba es de3,6. La tasa de mortabilidad infantil es del22,7 y 19,6 por 1000 neonatos nacidos vivos en las parroquias de Guamaní y Turubamba respectivamente.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La propuesta de acción se realizó en el Área de Salud 19 – Guamaní que se halla al Sur de Quito, conformado por 8 Sub-centros, el Centro de Salud, Maternidad y Emergencia, tiene una población total de 84089 habitantes.

Se tomo al Sub-centro de Salud de Caupichu, el cual está ubicado en la parroquia Turubamba, sector Beaterio, localizado entre las calles Leónidas Doublés y Avenida Turubamba; creado para brindar atención integral, promoción, fomento, protección en forma ambulatoria y dirigido a grupos específicos según edad y genero.

El Sub-centro de salud de Caupichu brinda atención a 14 barrios aún en formación que hasta el 2007 cuenta con una población de 3317 habitantes, dato proporcionado por INEC a la Dirección Provincial de Salud de Pichincha; conformado por 14 barrios aún en formación, su población está constituida en su mayoría de distintas provincias de la sierra, y en menor proporción del litoral, todavía se los considera como barrios urbano-marginales.

Actualmente no cuenta con todos los servicios básicos como; calles asfaltadas, agua potable en algunos barrios, teléfono; la mayoría de los habitantes queman o arrojan basura a los terrenos baldíos sin tener un tratamiento adecuado en la eliminación de desechos.

Parte de la población se dedica a la agricultura, el comercio informal, crianza del ganado vacuno, porcino, avícola, los cuales en alguno de los casos están libres en los terrenos, también existe gran cantidad de perros callejeros y hay el riesgo de ser mordidos.

El clima en el sector oscila entre 8 ºC – 14 ºC, en el verano hay gran cantidad de polvo por falta del asfalto y en el invierno hay estancamiento de agua y lodo en los exteriores del Sub-centro.

El Sub-centro de Caupichu cuenta con infraestructura propia de un solo piso, tiene seis consultorios, dos ambientes utilizados para bodega, una sala para preparación de usuarios, una sala para pos-consulta, vacunación, y una sala para curaciones y tratamientos, una área para estadística y entrega de turnos, otra para farmacia, una área designada para sala situacional; dos áreas que se hallan en el interior de la unidad de Salud utiliza la Sra. Conserje para vivienda.

Los servicios que presta esta institución son: medicina general, odontología, obstetricia, enfermería, y farmacia; cuenta con el siguiente personal: 1 Médico General de contrato, 1 Médico rural, 1 Odontólogo de contrato; 1 Odontólogo PAS, 1 Obstetriz PAS, 1 Licenciada de Enfermería con nombramiento (actualmente), 1 licenciada contratada de emergencia., una conserje nombrada por la comunidad.

Existe una interrelación con la cabecera de área, instituciones educativas del sector y dirigentes de la comunidad.

CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Sub-centro de salud de Caupichu es una de las unidades que pertenece al Área 19 – Guamaní, ubicado al Sur de Quito en la parroquia Turubamba, entre las calles Leónidas Doublés y Avenida Turubamba, tras la escuela “Manuel Nieto Cadena” junto a la iglesia, creada hace 10 años para brindar atención integral de salud ambulatoria dirigida a grupos específicos según edad y género.

La calle principal es asfaltada (Leónidas Doublés), lo que permite el acceso vehicular, no siendo así las calles transversales por donde se desplazan los habitantes que acuden al Sub-centro de salud Caupichu.

El carro recolector de basura pasa tres veces por semana por la vía principal, sin embargo la mayoría de los habitantes quema o arroja la basura en los terrenos baldíos sin tener un tratamiento adecuado.

PATOLOGÍAS PREVALENTES POR GRUPOS ETARIOS

Para estas patologías se analiza los informes mensuales entregados a estadística lo cual ha demostrado lo siguiente:

De 3.725 niños menores de 4 años atendidos en consulta externa desde el mes de Enero hasta Diciembre del 2008 encontramos que las infecciones respiratorias agudas fueron más frecuentes; siguiendo las enfermedades diarreicas agudas. En los niños de 5 -14 años encontramos la Parasitosis la patología más frecuente y el mayor número son sintomáticos.

Tabla Nº 1: Morbilidad

CAUSAS	No. ATENDIDOS	PORCENTAJE %
1. IRA sin Neumonía	916	24
2. Parasitosis	556	20
3. Amigdalitis.	410	11
4. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS NO ESPECÍFICA).	369	10
5. Infección de Vías Urinarias (IVU)	305	8
6. Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)	265	7
7. Desnutrición	205	5
8. Dermatitis alérgica de contacto debido a otros productos	181	5
9. Amebiasis		
10. Candidiasis	149	10
	369	
	3725	100

FUENTE: Registros estadísticos Área 19 - Guamaní

GRADO DE PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN COMUNITARIA

- Apoyo y compromiso de la directora del Centro de Salud Dr. Nancy Espinel
- Planta Directiva Del Centro
- Presidente del Barrio Caupichu Sr. Norman Chuquirima

ANTECEDENTES

El Sub-centro de Salud de Caupichu es una entidad pública que pertenece al Área de Salud 19 de Guamaníy que presta servicio a 14 barrios del sector.

Los servicios que presta esta institución son: medicina general, odontología, obstetricia, psicología enfermería, y farmacia; cuenta con el siguiente personal: 1 Médico General de contrato, 1 Médico rural, 1 Odontólogo de contrato; 1 Odontólogo PAS, 1 Obstetriz PAS, 1Psicologa PAS ,1 Licenciada de Enfermería con nombramiento (actualmente), 1 licenciada contratada de emergencia., una conserje nombrada por la comunidad.

VISIÓN

El Sub-centro de Salud de Caupichu para el 2015 será una unidad líder en Atención Primaria de Salud, basada en una organización funcional adecuada y un equipo humano profesionalmente formado, competente, productivo, comprometido, con estabilidad laboral, dispuestos a la solución de problemas y mejorando la calidad de vida de la comunidad.

MISIÓN

Todo el Equipo de Salud se compromete a facilitar una Atención Primaria de Salud óptima, de fomento, prevención, educación a todos los usuarios que utilizan los servicios que ofrece el Sub-centro de Caupichu y buscando niveles excelentes de atención intra y extramural; para la cual el Área Base se responsabilizará de proveer equipamiento, materiales, insumos en forma permanente.

VALORES INSTITUCIONALES

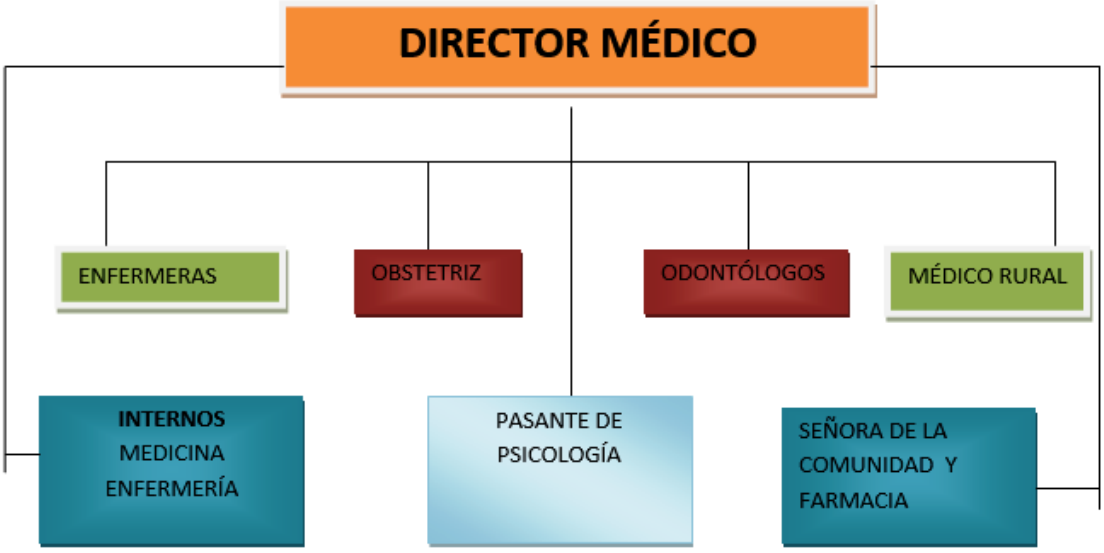
Puntualidad—Responsabilidad—Respeto—Igualdad—Compañerismo—Solidaridad –Ética Profesional.

ESTADO ACTUAL DE LA ORGANIZACIÓN S.C.S CAUPICHU

Tabla Nº 2: ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
▪ Presencia de personal profesional ▪ Infraestructura propia ▪ Atención integral de la mujer embarazada, niño sano. ▪ Autoclave, refrigeradora en buenas condiciones. ▪ Buena comunicación con la directiva de Caupichu. ▪ Mantener buenas resoluciones con los Directores de los establecimientos educativos	▪ Usuarios desconocen los servicios que tiene el Sub-centro ▪ No haber presupuesto propio en el Sub-centro, para necesidades. ▪ Contar con equipos de medio uso ▪ Ausencia de personal que se encargue de estadística ▪ Falta de capacitación científica al personal del Sub-centro de salud. ▪ Falta de detección de sintomáticos respiratorios. ▪ Baja cobertura de atención en posparto. ▪ Baja cobertura en la vacunación DT.
OPORTUNIDADES	**AMENAZA**
▪ Apoyo de los estudiantes de la facultad de medicina y enfermería. ▪ Tener la presencia de Psicología ▪ Presencia de usuarios en busca de atención. ▪ Colaboración de la directiva del barrio de Caupichu. ▪ Tener una Sra. Colaboradora comunitaria.	▪ Personal que trabaja con diferente contrato laboral. (EBAS, PAS). ▪ El sistema de salud dependiente del régimen político. ▪ No alcanzar los parámetros para el licenciamiento.

Figura 1.1Organigrama del Sub-centro de Salud de Caupichu



MARCO TEORICO

Fundamentación Teórica

El conductismo, con su énfasis sobre los métodos experimentales, se focaliza sobre variables que pueden observarse, medirse y manipular y rechaza todo aquello que sea subjetivo, interno y no disponible (p.e. lo mental). En el método experimental, el procedimiento estándar es manipular una variable y luego medir sus efectos sobre otra. Todo esto conlleva a una teoría de la personalidad que dice que el entorno de uno causa nuestro comportamiento.

Bandura consideró que esto era un poquito simple para el fenómeno que observaba y por tanto decidió añadir un poco más a la fórmula: sugirió que el ambiente causa el comportamiento; cierto, pero que el comportamiento causa el ambiente también. Definió este concepto con el nombre de determinismo recíproco: el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente.

Más tarde, fue un paso más allá. Empezó a considerar a la personalidad como una interacción entre tres "cosas": el ambiente, el comportamiento y los procesos psicológicos de la persona. Estos procesos consisten en nuestra habilidad para abrigar imágenes en nuestra mente y en el lenguaje. Desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognocivistas. De hecho, usualmente es considerado el padre del movimiento cognitivo.

El añadido de imaginación y lenguaje a la mezcla permite a Bandura teorizar mucho más efectivamente que, digamos por ejemplo, B.F. Skinnercon (2003), respecto a dos cosas que muchas personas considerar "el núcleo fuerte" de la especie humana: el aprendizaje por la observación (modelado) y la auto-regulación.

Posicionamiento Personal

Para el presente trabajo investigativo se utiliza la teoría Cognitivo-Conductual explicada desde el autor Bandura quedice, que el entorno de uno causa nuestro comportamiento, situación que me lleva a investigar como los miedos al tratamiento odontológico les puede afectar tanto en su salud bucal, siendo sus miedos un problema de Salud Mental que según las estadísticas existe un gran número de personas que evita la atención por un miedo exagerado y en especial en el embarazo que se encuentran tan vulnerables por los cambios hormonales que presentan y es el momento en el que más cuidado deben tener una mujer embarazada, es por esto que me veo en la necesidad de plantear nuevas alternativas para mejorar esta situación.

CAPITULO I

1. ¿COMO AFECTAN LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA SALUD BUCAL DURANTE EL EMBARAZO?

La visita al dentista para el control de la salud bucal, es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, y en este capítulose dará una breve descripción sobre las personas en las que se va a trabajar la fobia odontológica y estilos de atención odontológica, como son las mujeres embarazadas es por esto se va a definir qué significa primero ser mujer y además de eso estar embarazada. Muchas de las mujeres no acuden a la consulta con el odontólogo apesar de que una mujer embarazada debería acudir con más razón por elmismo hecho de estar en gestación ya que el niño descalcifica los huesos en los casos de madres que no se alimenten bien durante esta etapa y por tanto es necesario el control odontológico pero su miedo es mayor y evita la atención odontológica.

Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de estas mujeres. Además el estado altamente ansioso de la paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo.

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en las pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca.

1.1 MUJER EMBARAZADA Y FOBIA ODONTOLÓGICA

Durante el embarazo la mujer experimenta varios cambios biológicos y emocionales, cambios que la hacen un tanto una época dificultosa aunque no necesariamente tormentosa, por el crecimiento del útero y todo lo que conlleva los cambios hormonales y psicológicos puesto que tener un hijo no es una tarea fácil ya que implica un cambio no solo en lo biológico sino también en lo laboral, social y familiar. Y que dependiendo de las circunstancias en las que se encuentra cada una de las embarazadas sabrá responder de manera adecuada o no en la situación en la que se halla.

En el embarazo se producen cambios hormonales que afectan tanto lo emocional y lo fisiológico pero que son necesariospara esta época del embarazo.

El problema no es el embarazo sino como se atiende durante el embarazo tanto en lo emocional como en lo fisiológico en donde su dieta tiene que ser guiada por el o la obstetra puestoque con una deficiente alimentación puede llegar afectar los huesos de la madre y que en el caso de esta investigación son los dientes los más afectados, en lo psicológico se puede decir que son varios los

cambios que se mencionaran posteriormente, entre ellos tenemos una serie miedos pero aquí trataremos de explicar cómo el miedo antes y durante el embarazo al tratamiento odontológico le afecta también a su cavidad bucal.(Tsng y Mere,1996)

1.1.1 Definición De Mujer Embarazada

Se denomina gestación, embarazo o gravidez al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminada a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto y la obtención de su bebé con responsabilidad.

Figura. 1.2 Cambios fisiológicos que se producen en el embarazo

1.2 CAMBIOS EMOCIONALES DURANTE EL EMBARAZO

Pasividad: Una mujer embarazada se siente como agotada por lo que descansa continuamente realiza las actividades con calma. Ocurre también que reduce el interés por algunas actividades que se realizaba antes del embarazo.

El hombre debe saber cuáles son los cambios que se van a producir en su pareja para que no lo tome por sorpresa y sepa que esto es normal, ya que puede producirle angustia e incluso desengaño ver este cambio.

Narcisismo primario: La mujer se vuelve egocéntrica, se centra en sí misma. Es normal que algunas mujeres comiencen a utilizar ropa maternal antes de tiempo, como una manera de llamar la atención ante su estado que la hace exclusiva. Es un mecanismo involuntario que lo hace como una manera de cuidar, ya que procurará hacer todo lo que cree necesario y bueno para su pequeño. Todo esto es natural y no se le debe limitar, siempre que no sea llevado a exageraciones.

Labilidad emocional: En el embarazo lamujer tiene cambios en su humor se vuelve muy sensible o muy irritable su pareja debe saber que esto es temporal y normal por lo que debe entender y más bien mimar. La personalidad previa de la embarazada será un factor determinante en como sobrelleve el embarazo.

Ambivalencia: En el momento que se entera de que está embarazada la mujer puede tener sentimientos confusos. Está alegre, pero a la vez puede sentir un poco de desconsuelo, o tal vez pensar que todavía no es tiempo de tener un bebe.

Toda esta ambivalencia suele ocurrir en los días posteriores a la ratificación del embarazo. Después, lo normal es que acceda y se sienta conforme por la nueva vida que empieza. Ocurre también que algunas mujeres se sienten como delincuentes por haber sentido lo que sintieron en un primer instante. Por eso es bueno que sepan que todas las mujeres se sintieron así en un primer momento esto es de mucha ayuda.

Cambios de la imagen del cuerpo: Cuando las mujeres creen que todo lo que está a su alrededor es porque tienen un cuerpo espectacular es probable que se presenten problemas y les cueste mucho puesto que pensara que nunca volverá a ser la misma de antes pero esto no es así es temporal es mejor aceptar con naturalidad.

Ansiedad ante el parto: Es normal que la embarazada tenga ansiedad más aún si es su primer hijo aunque también la sientan las mujeres que ya tienen varios hijos pero en menor proporción esta ansiedad aumenta durante el tercer trimestre.

Los cambios emocionales se producen de acuerdo a las diferentes etapas por las que tiene que pasar una embarazada desde el momento mismo de la fecundación del ovulo con el espermatozoide donde la producción de hormonas aumenta en unas y disminuye en otras, produciendo cambios físicos y emocionales los mismos que son temporales.

Los cambios hormonales pueden transformar a una mujer muy segura de sí misma o fuerte en una mujer muy frágil estos se presentan en la siguiente secuencia.

A continuación se verá un resumen de los cambios que se producen en el embarazo.

Figura 1.3 Resumen de cambios en el embarazo por trimestres

CAMBIOS DEL EMBARAZO POR TRIMESTR		
PRIMER TRIMESTRE 1.-Sentimientos de ansiedad 2.-Ambivalencia 3.- Inseguridad 4.-Estrés 5.-Hipersomia 6.-Astenia 7.-Disminución del deseo sexual	SEGUNDO TRIMESTRE 1.-Se encuentra más serena 2.-Estable y Segura 3.-Adaptada 4.-Aparecen Antojos 5.-Siente movimientos de bebe 6.- Sensible 7.-Aumento nuevamente de los deseos sexuales	TERCER TRIMESTRE 1.-A finales del tercer trimestre aumenta nuevamente la ansiedad. 2.-Inquietud 3.-Miedo 4.-Temor al parto

1.3 EL MIEDO

El miedo es una pieza de nosotros que posee el propósito de prevenirnos, de llamar nuestra atención en ciertos momentos para tomar alguna decisión y prevenirnos de algún riesgo.

Debería ser este es el único rol que el miedo debería tener en nuestra vida. Pero el miedo ha tomado otros roles en la vida de algunas personas, cuando se cree no tener poder sobre algo da miedo de que pueda herir, hay veces que se siente que los miedos y creencias dictan como debemos vivir de manera segura. En lugar de que conscientemente se enfrenten esos miedos o explorar las creencias que hay detrás de ellos, se obvian o reprimen

Muchas vecesse crea una vida supuestamente normal, y se logra ser de una u otra manera feliz, pero hay algunas áreas de la vida que no están integradas. Se experimenta fastidio, desengaño o depresión, preguntándose si eso es todo lo que hay en la vida.

Si sea fianza a alguna emoción, como por ejemplo el miedo, o se protege para no sentir dolor, sea tranca en el mismo grado a todas las emociones, incluyendo la pasión y el amor. Pero el miedo y la duda pueden convertirse en compañeros. Cuando se tiene miedo por no creer que tengas el poder o control o tienen dudas de cuál será el resultado de una situación, es momento de ver que hay un área en la que se puede exigir dominio.

Es entonces cuando el miedo y la duda pasan de ser algo que bloqueaba de lograr metas, y se convierten en un amigo y consejero que advierte y da señales en cualquier momento de la vida.

Por eso cuando se tenga un malestar en la cavidad bucal no se debe de pensar en el miedo que se tiene al tratamiento odontológico sino más bien que el organismo está avisando que algo en los dientes no está bien y que se hagas algo para aliviar ese dolor, peor aún si se está embarazada en dondese debe de tener mayor cuidado por los llamados antojos y cambios hormonales que afectan al organismo.

1.4 APARICIÓN DE MIEDOS DURANTE EL EMBARAZO

Las mujeres se preocupan durante el embarazo por sus miedos que a continuación vamos a describir, que por su propia salud dejando a un lado todos los inconvenientes que puede acarrear su descuido que, en uno de ellos esta, su salud bucal y peor aún si tiene miedo esto no ayudara en nada.

A perderlo

Durante el embarazo se producen muchos comentarios sobre como es el embarazo, como por ejemplo que algunos no llegan a término sin una razón aparente, esto afecta a la embarazada y piensa que puede pasarle a ella también y entra en una preocupación sin motivo por lo que cree que no debe cargar objetos pesados, hacer deporte, tener sexo pero no representa ningún peligro para perder él bebe en un embarazo normal.

Dichas actividades no constituyen un peligro para las mujeres que tienen un embarazo normal. En los abortosespontáneos en su gran mayoría la madre no puede hacer nada paraevitarlos ya que casi todos ocurren a causa de anormalidades cromosómicas en el embrión, en donde las mujeres en su mayoría estaban perfectamente bien, en una gran minoría pueden ser problemas físicos que suelen ser resueltos por los Médicos.

Él bebe no nazca sano

Otro de los miedos de las embarazadas espensar que su hijo no nazca sano, pero en la actualidad se reduce al mínimo esta posibilidad ya que con la tecnología y con un buen cuidado prenatal como incluir vitaminas el ácido fólico pueden ayudar a prevenir defectos de nacimientoasí como también que medicamentos no debes ingerir en el embarazo.

Al bebe le puede hacer daño el estrés

Todavía no hay una investigación que compruebe que la embarazada al someterse a estrés, como peleas en el hogar, preocupaciones financieras, presiones en el trabajo, etc. Puede afectar al bebe, pero como la naturaleza es sabía el útero es un ambiente muy protegido.

Pero tener un embarazo relajado, realizar ejercicios de relajación, tampoco le hace daño.

Los dolores del parto

Los dolores del parto es el miedo por el cual algunas de las mujeres no quieren pasar ya que a lo largo de su vida siempre han escuchado más comentarios negativos que positivos ejemplos: que es un dolor insoportable, que no quieren volver a tener otro hijo, en fin tantos acotaciones como que sidar a luz fuese algo tan horrible, ten por seguro que nadie lo haría más de una vez si fuese como dicen.

Sin importar la clase de relatos que se haya escuchado buenas o malas recuerda que cada mujer tiene un umbral del dolor diferente y, en caso de que el tuyo sea particularmente bajo, existen muchas medicinas y técnicas de aflojamiento que pueden ayudarte a esquivar el dolor.

Como ocurre con todo en esta vida, si te preparas adecuadamente para el momento de dar a luz, todo saldrá mucho mejor. Aprende técnicas respiratorias e infórmate acerca de qué inconvenientes podrían surgir durante el proceso de parto ayudara para tú tranquilidad.

Podre cuidar a mi hijo

El saber si podre o no cuidar a mi hijo bien es otro de los miedos que aparecen en esta etapa, pero nadie ha pasado por una escuela o universidad donde nos les hayan enseñado a criar a sus hijos pues todo surgirá con naturalidad, lo único que debes de tomar en cuenta es no repetir los mismos errores de tus padres todo estará bien siempre y cuando ames a tú bebé.

Lo más posible es que cuando recuerdes tus "miedos del embarazo", puedas hacerlo con una sonrisa en el rostro, los miedos actuales serán derretidos por el calor de los hermosos recuerdos de

losmeses de gestación y de tener un bebé contigo. Quizá sea difícil imaginarlo ahora, pero una vez que él o ella se encuentre en tus brazos, toda la óptica con que ves el asunto cambiará.

Lo mismo sucede con los miedos al tratamiento odontológico al ver una sonrisa bonita en tu cara veras que valió la pena realizarte el tratamiento.

1.5 AFECTACIONES EN EL EMBARAZO Y SU SALUD ORAL

A más de los cambios emocionales durante el embarazo se producen también una serie de cambios en el cuerpo que pueden llevar a la aparición de problemas en los dientes y encías. Por esta razón es necesario que tenga un especial cuidado dental para evitar que posibles bacterias se trasladen al bebé. Durante la gestación es muy normal que la mujer consuma más azúcares, presente más acidez en la boca, que tenga que comer más veces al día, por los ya conocidos "antojos" y que por lo tanto pueda desarrollar alguna inflamación. La gingivitis es una de ellas.

Una embarazada puede recibir tratamiento odontológico en cualquiera de las etapas del embarazo. Sin embargo, es el segundo trimestre entre el cuarto y el sexto mes de embarazo, el momento más oportuno para ello, ya que en esta etapa ella goza de mayor estabilidad, y existen menos riesgos para la madre y la criatura.

En el primer trimestre del embarazo esta negado que la mujer tome fármacos, haga radiografías, dado que pueden afectar al normal desarrollo del bebé. En este periodo, ella debería realizar apenas tratamientos dentales de emergencia, los que no podrá postergar. En el segundo trimestre, la mujer embarazada puede llevar a cabo tratamiento de emergencia, y radiografías con protección como un delantal y un collar tiroideo forrado en plomo y en el tercer trimestre, sólo se aconsejan tratamientos de emergencia. Las visitas al dentista deben ser cortas, y que se realice radiografías siempre con protección. En el caso de la mujer necesite de una anestesia local, será el profesional que la cuide, quién elegirá el anestésico más apropiado. En todas las etapas, es muy importante que la mujer amplíe su higiene oral. Debe cepillar diariamente los dientes, utilizar hilo dental y cepillos inter-proximales, durante el embarazo, muchas mujeres centralizan su atención más en el bebé y acaban olvidándose de su propia higiene bucal.

Se creía que los dientes de la madre pierden calcio durante el embarazo, el calcio que el bebé necesita usted se lo proporciona a través de su dieta, no de sus dientes. Sin embargo, si el calcio de la dieta es inadecuado, su cuerpo recurrirá a la reservas de este mineral en sus huesos. Una ingesta adecuada de productos lácteos, verduras de hoja verde como: brócoli, col rizada, hojas de mostaza o los suplementos que su obstetra pueda encomendar ayudarán a garantizar que obtenga todo el calcio que necesita durante el embarazo.

Es posible que experimente algunos cambios en su salud oral durante el embarazo, los cambios trascendentales se deben a un aumento repentino en las hormonas, particularmente un aumento en el estrógeno y la progesterona, que puede ocasionar que los tejidos de sus encías exageren una reacción normal a la placa. La placa es una película pegajosa e incolora de bacterias que cubre los dientes, si no se saca la placa a diario, puede solidificarse con el tiempo y convertirse en sarro y puede aumentar el peligro de contraer gingivitis, un cuadro que causa encías rojas, hinchadas y sensibles que son más propensas a sangrar. La denominada gingivitis afecta a la mayoría de las mujeres embarazadas en cierta medida, y por lo general comienza a aparecer durante el segundo mes, si ya tiene gingivitis, es probable que esta afección empeore durante el embarazo y si no se trata la gingivitis puede causar periodontitis, un padecimiento más grave de las encías.

En el embarazo las mujeres también están en peligro de desarrollar tumores, bultos inflamatorios no cancerígenos que se desarrollan cuando se irritan las encías hinchadas. Por lo habitual los tumores no se sacan y se achican por sí solos luego del nacimiento del bebé, pero si el tumor resulta incómodo o estorba para masticar, debe lavarse los dientes u otros procedimientos de higiene oral, el odontólogo puede decidir extirparlo.

1.6 PREVENCIÓN DEL CUIDADO DE LOS DIENTES DURANTE EL EMBARAZO

Para prevenir enfermedades de cavidad bucal como la gingivitis se deben mantener limpios los dientes, especialmente cerca de la línea de la encía. Se recomienda lavarse los dientes con pasta dental con fluoruro al menos dos veces al día, después de cada comida si es posible. También se debe utilizar hilo dental todos los días. Si el cepillado exacerba la enfermedad en la mañana, enjuague la boca con agua o con enjuague bucal anti-placa y con fluoruro. Las profilaxis más frecuentes por parte del dentista reducirán la irritación en las encías, ayudaran a controlar la placa, prevenir la gingivitis y reducir la posibilidad de tumores en el embarazo.

1.7 AFECTACIÓN DE LA SALUD ORAL DE LA MADRE EN SU BEBE

Nuevas investigaciones muestran que hay una posible relación entre las enfermedades en las encías y los bebés prematuros con bajo peso, el exceso de bacterias puede ingresar al flujo sanguíneo a través de sus encías. Si esto sucede, las bacterias pueden circular al útero, y activar la producción de unos químicos denominados prostaglandinas, que se sospecha que inducen el parto prematuro. Aunque los resultados no son concluyentes y se necesitan más estudios, sí sabemos que el cuidado dental preventivo durante el embarazo mejora la salud oral y la salud general y es seguro tanto para la madre como para el hijo. Debemos dejar a un lado los miedos, si estos son tan intensos ir donde el psicólogo para que nos trate oportunamente y así evitar complicaciones.

Es importante que si tiene proyectado quedar embarazada o sospecha que está embarazada, debe ver a un dentista inmediatamente, de lo contrario, deba programar un chequeo durante su primer trimestre para determinar si necesita limpieza. El doctor evaluará su cuadro oral y diagramará un plan dental para el resto del embarazo. Se recomienda también una visita al dentista en el segundo trimestre para hacerse una limpieza, monitorear cambios y evaluar la eficacia de su higiene oral, dependiendo del paciente, es posible que se disponga otra cita para principios del tercer trimestre, pero estas citas deben ser lo más breves posibles.

Si observa algún cambio en su boca durante el embarazo, visite a su dentista, los entendidos en odontología dicen que es importante no abandonar la salud oral durante el embarazo. Su salud oral es una parte importante de su salud general y los hábitos de una buena higiene oral no sólo ayudan a evitar los problemas bucales durante el embarazo, sino que también pueden afectar de manera positiva la salud de su hijo aún no nacido.

En este capítulo se ha descrito acerca de la ansiedad y los miedos de la mujer embarazada debido a que en este proceso fisiológico que es el embarazo y los cambios hormonales que hay generan mucha incertidumbre y más aún que en esta fase la mujer debe tener más controles médicos y odontológicos causando molestia malestar y mucho temor de no saber que tratamientos necesitara entre ellos el tratamiento odontológico que por experiencia propia o que le han comentado fueron desagradables y se siente más perturbada abandonando el tratamiento de suma importancia para el cuidado de la salud y tranquilidad de ella.

Existen tratamientos odontológicos que por miedo los abandonan empeorando la situación y por consiguiente a futuro se deberán realizar tratamientos más radicales que no serán tan agradables y por lo tanto generara más temor y muchas veces más dolor. Es por eso que en el siguiente capítulo hablaremos de los tratamientos odontológicos que se realizan y que más molestias causan.

CAPITULO II

2. INSTRUMENTAL Y TRATAMIENTOS ONTOLÓGICOS CAUSANTES DE MIEDO

Antes de pasar hablar de fobias odontológicas debemos primero saber que es la Odontología, cuales son las partes de la cavidad bucal, como es la estructura de un diente cuales son los instrumentos que causan fobias odontológicas cuales son los tratamientos que se realizan en la cavidad bucal, porque la fricción o la vibración son causantes de provocar fobia.

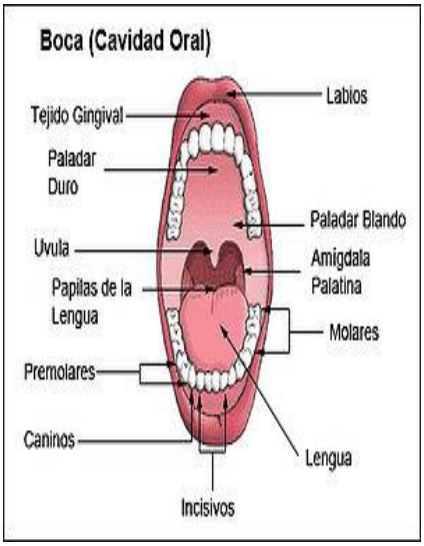
La mayoría de personas siente miedo de ir donde el odontólogo por más que se hagan los fuertes, el sentir la vibración de la turbina o el solo ver los instrumentos odontológicos u observar a una persona quejarse o que cuente sus experiencias negativas, esperar en la sala largas horas, da ganas de regresar a la casa o a cualquier otro sitio con tal de escapar de dicha situación, es por eso que a continuación se describirá el material y los tratamientos.

No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

2.1 DEFINICIÓN DE ODONTOLOGÍA

Odontología o Estomatología.- se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatológico, esto incluye los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, las glándulas salivales y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios.

Figura 2.1 Elementos de la cavidad bucal



Los elementos son: dientes músculos masticatorios lengua y tejido óseo

Partes del diente

Tejidos duros: Esmalte-Dentina-Cemento

Tejidos blandos: Pulpa -Dental

Esmalte dental: Es el tejido más duro del cuerpo humano, en zonas donde el esmalte es más delgado o se ha desgastado, el esmalte es translúcido, insensible al dolor pues en el no existen terminaciones nerviosas.

Dentina: tejido mineralizado, pero en menor proporción que el esmalte, contiene túbulos en donde se proyectan prolongaciones de los odontoblastos. La dentina proporciona elasticidad al frágil pero duro esmalte, tejido sensible al tacto y a la temperatura por presentar terminaciones nerviosas.

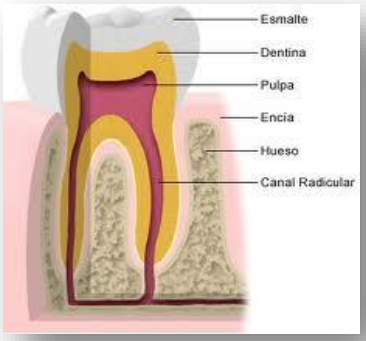
Cemento dental: Es una capa dura, opaca y amarillenta que recubre la dentina a nivel de la raíz del diente, se encarga de unir la pieza dental con el resto de la mandíbula o maxila.

Pulpa dentaria: de tejido mesodérmico está constituida por un tejido suave que contiene vasos sanguíneos (arteria y vena) que transportan la sangre hacia el diente y por fibras nerviosas que conceden sensibilidad al diente, dichos nervios atraviesan la raíz (del diente) por medio de finos canales, su célula principal son los odontoblastos (son células tanto de la pulpa como de la dentina), éstos elaboran dentina y son los que mantienen la vitalidad de la dentina.

Los tejidos periodontales que conforman el periodonto, son todos aquellos tejidos que rodean al diente, elperiodonto está constituido por la: encíaquees la parte de la mucosa bucal que envuelve el cuello de los dientes y cubre el hueso alveolar.

Ligamento periodontal: es una estructura de tejido conjuntivo que rodea la raíz y la une al hueso alveolar, entre sus funciones están la inserción del diente al hueso alveolar y la resistencia al impacto de los golpes, el hueso alveolar es la parte del hueso maxilar donde se alojan los dientes.

Figura 2.2 Partes del diente donde hay mayor y menor sensibilidad



Estructura morfológica

Corona: es la parte del diente libre o visible en la cavidad oral, la capa de diente que lo envuelve es el esmalte, y podemos observar en boca la parte funcional del órgano dentario. Esta porción del diente se encuentra expuesta al medio bucal en forma permanente.

Cuello: es la unión de la corona con la raíz

Raíz: esta parte del diente no es visible en la cavidad bucal ya que está incrustada en el dentro del hueso, y se encuentra recubierta por el cemento dentario.

Después de esta descripción se dará a conocer cuáles son las causas por los cuales las pacientes tienen temor al asistir al odontólogo, recordemos que las pacientes acuden a la consulta dental pos varios motivos los cuales deben ser tratados por el profesional odontólogo en busca de una solución a su problema.

Existen varios factores en el que la paciente tiene que recurrir obligatoriamente al odontólogo a pesar de su temor, sin embargo muchas veces se detienen al asistir a la visita odontológica provocando más pérdida de tiempo y destrucción en sus piezas dentales y por consiguiente provocando problemas más difíciles de resolver para el odontólogo y más doloroso para la paciente.

Es así que se debe conocer los motivos por los que las pacientes no acuden a esta consulta uno de ellos es el dolor a ciertos instrumentos odontológicos que se utilizan las pacientes sienten ansiedad y nerviosismo cada vez que se aproxima las visitas porque no pueden soportar la idea de las agujas, el sonido de la turbina y las tan temidas agujitas para las endodoncias así como la crítica del profesional sobre su mal estado bucal.

2.2 INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO

Se considerará instrumentos de uso diario para el odontólogo general y que son de mucho desagrado para determinados pacientes causando temor y mucha ansiedad porque creen que le causaran mucho dolor.

2.2.1 Instrumentos rotatorios

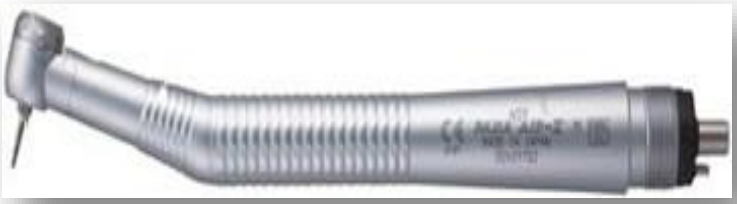
Las piezas de mano se pueden clasificar según su rango de velocidad, como ejemplos, podemos mencionar cuatro usos prácticos de las distintas velocidades obtenidas en ese momento:

- Baja velocidad (600 a 1.200 R.P.M), para preparar un canal endodóntico.
- Media-baja velocidad (3.000 R.P.M), para eliminar caries próxima a lapulpa dentaria.
- Media velocidad (20.000 a 40.000 R.P.M), para desgastar prótesis.
- Alta velocidad (200.000 a 450.000R.P.M), para preparar un diente que va a recibir una prótesis fija, ejemplo: corona de metal-porcelana.

Figura 2.3 Instrumento de baja velocidad que causa dolor en la paciente

Este tipo de pieza de mano es muy útil para realizar trabajos fuera de la cavidad oral y la parte angulada nos permite trabajar de manera cómoda dentro de la boca, por ejemplo profilaxis, como tiene baja velocidad produce más fricción.

Figura 2.4. Instrumento de alta velocidad que causa dolor en la paciente



Piezas de mano funciona con aire produciendo gran eficiencia en el corte.Consisten en piezas de mano que poseen en su cabeza o parte activa, una pequeña turbina impulsada por aire comprimido. El instrumento de corte se inserta en el eje del "rotor" o turbina. Las turbinas pueden girar con un rango muy variado de velocidad, aproximadamente de 200.000 a 450.000 R.P.M. Estos niveles de velocidad están acompañados por muy bajo torque, es decir que se frenan con mucha facilidad.

Esto obliga a trabajar por toques o pinceladas. La alta velocidad y el bajo torque generan un nivel de vibración, que es tolerado por el paciente. Requieren refrigeración por espray de agua para no recalentar los tejidos duros que se están cortando. Sin embargo la vibración de la turbina es la causa de molestias en ciertos pacientes temerosos o fóbicos ya que se recorta tejidos duros como el esmalte y la dentina la cual ya presenta terminaciones nerviosas y sensibles al dolor o la temperatura y que está cerca a la pulpa dental.

La Vibración

En su forma más sencilla, una vibración se puede considerar como la oscilación o el movimiento repetitivo de un objeto alrededor de una posición de equilibrio. La posición de equilibrio es la a la que llegará cuando la fuerza que actúa sobre él sea cero. Este tipo de vibración se llama vibración de cuerpo entero, lo que quiere decir que todas las partes del cuerpo se mueven juntas en la misma dirección en cualquier momento

La fricción

Es una fuerza, que opone resistencia al movimiento de los cuerpos cuando están en contacto, con lo que transforma la energía cinética en calorífica. Este proceso supone un freno de los objetos y un aumento de la temperatura de su superficie que en algunoscasos resulta útil para los seres humanos como la odontología en donde se realizan pinceladas en las piezas dentales. De este modo, se consigue encender fuego con la ayuda de madera o de una cerilla y se emplean diferentes sistemas

como los rodamientos, los frenos o los lubricantes) para mejorar el efecto de la fricción y utilizarlo en nuestro propio beneficio.(Abbott P,1991)

2.2.2 Instrumentos para anestesia

Jeringa y aguja

Para realizar la anestesia local de una determinada pieza dental recordemos que en el primer trimestre no podemos colocar anestésicos no es tanrecomendable ya que se cree que existe un riesgo de aborto en un porcentaje muy bajo, sin embargo por seguridad de la paciente y de su bebe no se lo realiza esperando a que este en el segundo trimestre para poder colocar anestésicos que no contengan adrenalina que es la que causa probables daños al bebe y poder realizar procedimientos odontológicos.

En el tercer trimestre se trata de evitar los anestésicos y solamente en casos de extrema urgencia y que no contengan adrenalina se lo puede utilizar.

Figura 2.5. Jeringas Tipo Carpule

Figura 2.6. Jeringas Normales Desechables

Las jeringas normales desechables que se usan son de un solo uso, hay una variedad de diferentes calibres y longitudes vienen dentro de protectores de plástico y suelen venir codificadas con diferentes colores según el calibre y longitud de la aguja.

La punta está biselada puede ser bisel corto o largo, el corto es menos traumático pero más doloroso y el largo al contrario es más traumático pero menos doloroso.

2.2.3 Instrumentos de corte

El Bisturí

Es el instrumento para realizar incisiones cualquier tipo de cirugía, constan de algún mango metálico esterilizarle y la hoja que es cambiable y de un solo uso.

Figuras 2.7. Instrumentos de corte

Mango de Bisturí y diferentes hojas estériles dentro de los sobres

Corte con un Bisturí

PINZAS GUBIAS

2.2.4 Instrumentos para exodoncias

Fórceps Dentales: Sirven como instrumentos para extraer piezas dentales.

Figuras 2.8. Fórceps Dentales

Elevadores.-Instrumentos dentales usados para luxar o mover piezas dentales.

Figuras 2.9. Escoplos y Martillos

Los Escoplos.- se conocen también como cinceles, son instrumentos cortantes de forma que el borde acaba en bisel único o doble.Se activan mediante un martillo, es muy aparatoso y si los pacientes están bajo anestesia local tienen una sensación muy desagradable. Se usan para cortar hueso.

Los escoplos se conocen también como cinceles, son instrumentos cortantes.

Figuras 2.10. Instrumental para suturar

Diferentes tipos de agujas montadas con seda.

El porta agujas es un instrumento con el cual usamos la aguja- seda y nos permite llevar la guja y realizar los puntos de sutura como queramos.

Figura 2.11. Instrumentos para Suturar tejidos en la cavidad bucal

SUTURA DE HERIDA **PORTA AGUJAS**

2.2.5 Instrumentos auxiliares en el diagnóstico

Llamaremos instrumentos auxiliares aquellos que desempeñan una función secundaria en la preparación de las cavidades y prestan ayuda en el examen del paciente.

EXPLORADORES

Presentan una punta aguda la cual nos sirve para descubrir los sitios de cavidades cariosas.

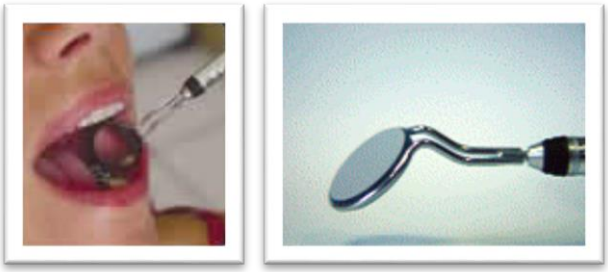
Figura 2.12. Exploradores

EXPLORADORES -PINZA -ESPEJO

Funciones de los espejos

- Separar los tejidos blandos vecinos a los sitos de trabajo, proteger y hacer más visible el campo operatorio.
- Iluminar por reflexión las zonas donde se interviene.
- Proporcionar la imagen de la cavidad o zona bucal que nos interesa.

Figura 2.13. Espejos



2.3 TRATAMIENTOS DE ENDODONCIAS

2.3.1 Tratamiento de conductos radiculares

Es el tratamiento que consiste en la extracción de la pulpa del diente, un tejido pequeño en forma de hilo, que se encuentra en el centro del conducto del diente. Una vez que la pulpa muera, se enferma o es dañada, se extirpa; el espacio que queda se limpia, se vuelve a dar forma y se rellena. Este procedimiento sella el conducto, la finalidad es salvar la pieza dental y no extraerle.

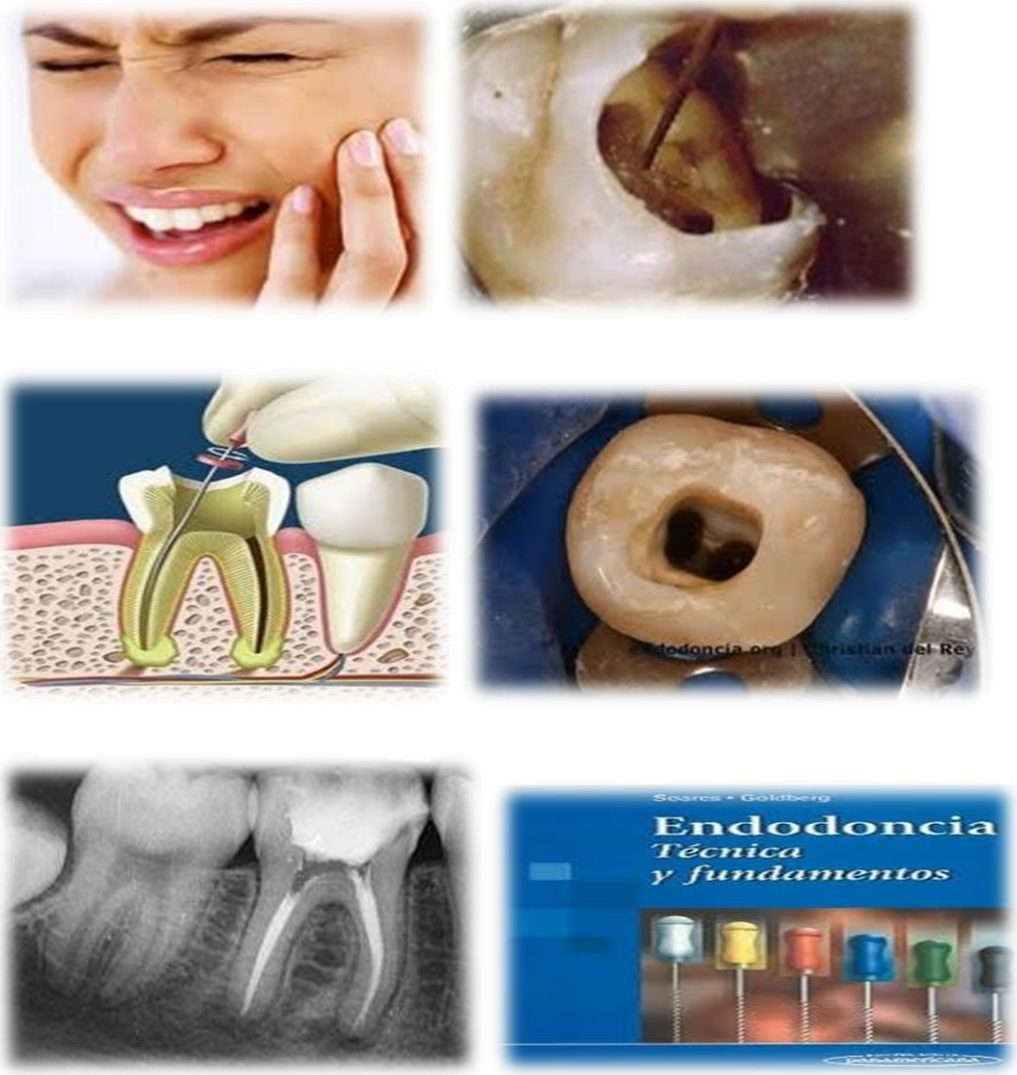
Las causas más comunes de daños o muerte de la pulpa son:

- Dientes fragmentados
- Caries bien hondas
- Lesiones, como golpes severos en la raíz (recientes o pasados)

Una vez que la pulpa está infectada o muerta; si no se trata, se crea un depósito de pus en la punta de la raíz y se forma un absceso por infección. Un absceso puede destruir el hueso circundante al diente y provocar mucho dolor.

El tratamiento de endodoncia consiste en varios pasos que se realizarán durante visitas continuas al odontólogo, la paciente acude a esta cita por el dolor extremo se encuentra nerviosa conansiedad preocupada y muchas de las veces con ideas negativas de la visita al odontólogo, debido al dolor intenso ellas presentan irritabilidad e inseguridad.

Figura 2.13. Tratamiento por Endodoncia



Estos son procedimientos de endodoncias que al iniciar son algo dolorosos pero conforme pasan los días el paciente se siente mejor más tranquilo sin tanta ansiedad sin embargo en ocasiones por no seguir las indicaciones del odontólogo estos procedimientos se vuelven complejos y desfavorables para el paciente complicando dicho tratamiento por lo que el paciente regresa con más dolor que al inicio y creando una situación desagradable para el paciente y para el profesional.

2.4 TRATAMIENTOS DE CIRUGÍA

Estos tratamientos son procedimientos quirúrgicos detejidos blandos (encía) y duros (hueso o dientes). Entre ellos tenemos cirugías de terceros molares, muelas del juicio o cualquier pieza dental que por causas de dolor, infección o hinchazón el paciente recurre a la visita odontológica.

Figura 2.14. Instrumentos de Cirugía

Figura 2.15. Cirujía de un tercer molar en mala posición

Es así que con miedo y mucha ansiedad los pacientes deciden realizarse dicha cirugía ya que el dolor les obliga a recurrir a dicho procedimiento que en algunas ocasiones son experiencias bastante traumáticas debido al difícil acceso y la complejidad en ciertas cirugías y a las inconvenientes que pueden surgir después de esta cirugía como hemorragias infecciones dolor intenso y hasta fracturas por la fuerza intensa que se realiza, por lo tanto el paciente recuerda esta experiencia con desagrado y evade futuras visitas al odontólogo.

2.5 TRATAMIENTOS DE OPERATORIA DENTAL

Otras de las preocupaciones son los dolores de muela que se presentan en piezas dentales que ya han sido tratadas o no.

Malestar después de empastar una pieza dental

En algunas ocasiones los pacientes presentan dolores muy agudos después de haber sido asistida una pieza dental el paciente recurre a los analgésicos pero es insoportable y no se calma con nada.

Pues tiene una pulpitis aguda, uno de los dolores más fuertes o por lo menos más incómodos que se puede padecer.El dentista la empastó y esperaba que todo fuera bien como es natural, pero la caries era muy profunda, o lamuela ya estaba algo sensible o la pulpa yatenía algún daño pero no le molestaba**,** o la caries ya había llegado parcialmente a la pulpa, pero el nervio no dio ningún síntoma y a la paciente le parecía que todo estaba bien y al dentista le pareció lo mismo. Pero ambos se equivocaron, todos nos equivocamos, a veces inconscientemente y a veces arriesgando a ver qué pasa. Una pieza dental que causa dolor continuo, no se debe empastar; hay que hacer una endodoncia siempre.

Primero se asistedolencia y luego endodoncia.

Si el dolor es provocado por cambios de temperatura, dulces, cepillado o al morder algo duro, pero sólo dura 3 segundos se acabó, no duele más, ni vuelve hasta que se provoque por las causas antes señaladas, es dable que se revierta, pero si pasado 15 días no cambia nada, se podría, probar retirar todo el empaste; aplicar una pasta antiinflamatoria que tiene Óxido de Zing-Eugenol y muy conocida por tu dentista y dejarla mínimo 72 horas.

Si la sensibilidad desaparece por completo, se vuelve a empastar con el empaste definitivo. Si no es así, habrá que hacer una ENDODONCIA.

Por eso es recomendable ir lo más pronto posible al odontólogo y no retrasar la cita pues una caries progresa y progresa hasta que llega a la pulpa del diente y ahí sí que va a necesitar una endodoncia, la cual consiste en "matar el nervio" y limpiar el conducto del diente, en este procedimiento de todas maneras se usa anestesia y a veces esta no hace efecto, es un procedimiento más largo y más costoso así que no esperar llegar a requerir una endodoncia**.**

Hay muchas razones por los que se aborrecen ir al dentista, pero se trata de una cuestión muy personal. Sin embargo, a menudo, los afectados siguen patrones similares. La razón más común es una mala experiencia anterior, por lo general en la infancia. Esto contribuye a sentir ausencia de control, malestar y dolor".

Figura 2.16. Caries en una pieza dental

2.6 TRATAMIENTOS EN INFECCIONES AGUDAS

Absceso dental

Es una acumulación de material enfermo (pus) resultante de una infección bacteriana en el centro de un diente.

Causas y factores de riesgo

Un absceso dental es una complicación de la caries dental y también puede resultar de un trauma al diente, como cuando un diente se rompe o recibe un golpe. Las aberturas en el esmalte dental permiten que las bacterias infecten el centro del diente (la pulpa). La infección puede propagarse desde la raíz del diente hasta los huesos que lo sostienen.

La infección ocasiona una acumulación de pus (tejido muerto, bacterias vivas y muertas, glóbulos blancos) e inflamación de los tejidos internos del diente. Esto causa un dolor de muelas intenso. Si la pulpa del diente muere, el dolor de muelas se puede detener, a menos que se desarrolle un absceso. Esto es especialmente válido si la infección sigue estando activa y continúa diseminándose y destruyendo tejido.

Síntomas

El síntoma principal es un dolor de muelas intenso y continuo que se puede describir como terrible, agudo, pulsátil o punzante.

Signos y exámenes

El paciente siente dolor cuando el odontólogo golpea ligeramente el diente. El dolor se incrementa al cerrar la boca o al morder con fuerza, las encías pueden estar inflamadas y enrojecidas, y pueden drenar un material espeso.

Figura 2.17. Infección Aguda de una pieza dental

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es eliminar la infección, preservar el diente y prevenir complicaciones, en caso de presentarse una infección severa, se puede extraer el diente o se puede necesitar una cirugía para drenar el absceso. Es posible que algunas personas deban ser hospitalizadas, el tratamiento oportuno por lo usualmente cura la infección y en muchos casos el diente generalmente se puede salvar.

Un tratamiento a tiempo de la ulceración dental reduce el riesgo de un absceso dental, los dientes afectados deben ser examinados deinmediato por el odontólogo, caso contrario se presentaran complicaciones como la pérdida del diente, infección a hueso, infecciones a tejidos blandos.Losinfecciones sin tratamiento pueden empeorar y llevar a complicaciones.

Vemos cuando el miedo excesivo de los pacientes los puede llevar a procesos infecciosos severos y muy dolorosos que en muchos casos conllevan a la pérdida de sus piezas dentales afectando la función del sistema estomatognático, alterando la estética de su cara y por lo tanto alterando la psiquis por la pérdida de sus piezas dentales, provocando baja autoestima y ansiedad. Es así que es mejor recurrir a tiempo donde el odontólogo y en el caso de miedos excesivos al Psicólogo así evitaremos procedimientos costosos dolorosos y desagradables.

2.6 CÓMO LLEGA LA PACIENTE AL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

El paciente al llegar a la consulta se encuentra nervioso tenso o hasta ansioso porque esta imaginando en el procedimiento que le harán y por otro lado también temor al odontólogo porque siempre se lo imaginan como un profesional tan estricto y que juzga la intimidad bucal de una forma brusca tosca sin tino dependiendo de la personalidad del profesional porque unos se preocupan por el miedo del paciente y otros odontólogos no.

Los pacientes tienen ansiedad.

1. Las pacientesmuestran su ansiedad en la sala de espera nerviosa, preocupada con movimientos de sus manos o pies repetitivos.

2. A la primera impresión que se tiene con el odontólogo, ¿cómo será el odontólogo? Será bueno será malo, será enérgico o comprensivo, dolerá o no dolerá, Me reprochara o no.

3. La comunicación con el profesional ya que no sabe expresar su problema de una forma objetiva ya que lo comunica con una serie de explicaciones innecesarias.

4. El procedimiento propiamente dicho ya en el sillón odontológico el paciente tiene miedo al dolor al sonido dependiendo de sus experiencias con el odontólogo.

5. Porque tienen una percepción equivocada puesto que como el odontólogo va a trabajar con la boca y este órgano tiene un significad psicosocial necesita un trato especial por parte de este profesional puesto que es un órgano tan sensible y tan íntimo para el paciente.

2.7 EL EMBARAZO Y SU SALUD ORAL

Durante el embarazo, la mujer experimenta una serie de cambios en su organismo que pueden llevar a la aparición de inconvenientes en los dientes y encías, por esta razón, es necesario que tenga un especial cuidado dental para evitar que posibles microorganismos se trasladen al bebé.

Pues esta es la razón por la que una embarazada debe asistir a un consultorio odontológico ahacerse revisar, a si piense que no tiene nada y si es el caso del miedo al odontólogo pues recurrir donde elpsicólogo donde tendrá la orientación o la terapia adecuada si es una fobia, el desconocimiento nos hace victimas de muchas enfermedades graves que podríamos evitar.

Esta etapa creída como prueba de esfuerzo metabólico, debe estar al tantolos profesionales de salud bucal, ya que cada vez es más frecuente la visita de la paciente embarazada al consultorio dental, aunque el embarazo es apreciado como un acontecimiento normal, puede coexistir en el ciertas condiciones que ameriten un análisis especial, como los embarazos de alto riesgo los cuales deben

de ser perfectamente comprendidos para tener la seguridad que el tratamiento y los fármacos que se prescribe resulten inofensivos o bien ocasionen el mínimo de daño al bebe.

Debe estardespejado para todos los odontólogos y otros profesionales de la salud, que existen un sinnúmero de fármacos, radiaciones, alimentos, procedimientos, procesos patológicos infecciosos e infestaciones capaces de ocasionar efectos teratogénicos moderados o graves en el bebe; sin embargo también debe estar rotundamente entendido que durante la gestación las pacientes pueden y deben ser atendidas bajo ciertasreglas terapéuticas especiales, las cuales deben ser tuteladas por el odontólogo.

Figura 2.18 Cuidados que debe tener una mujer embarazada en su boca

Primer trimestre	Segundo trimestre	Tercer trimestre
Control de placa Instrucciones de higiene oral Profilaxis y curetajes simples Tratamientos de emergencia solamente	Control de placa Instrucciones de higiene oral Profilaxis y curetajes simples Tratamiento dental de rutina	Control de placa Instrucciones de higiene oral Profilaxis y curetajes simples Tratamiento dental de Emergencia solamente

Las principales inconvenientes dentales que se dan durante el embarazo son:

Caries

Las caries se producen primordialmente por el cambio que hace la madre en su dieta, al consumir mayor cantidad de dulces y gollerías, producto de los conocidos “antojos” y las náuseas propias del primer trimestre, aumenta la placa bacteriana y aparecen nuevas caries, esto se puede disminuir, conservando una correcta limpieza bucal.

Existe el mito aúnde que en cada embarazo se pierde un diente y que esto se debe a la falta de calcio, pero esta situación no es así. Lo importante es tener constantes exploraciones con un dentista y no dejar esta práctica por el hecho de estar embarazada, sepa usted que muchas de las veces llegamos a complicaciones mayores únicamente por desconocimiento.

Gingivitis

Durante este periodosuele aparecer la inflamación de las encías o gingivitis, es factible que se infecten y que se sienta un poco de molestia, especialmente al momento de cepillar los dientes o pasar hilo dental, esporádicamente puede que las encías sangren con mucha facilidad.

La razón es el acrecentamiento en la vascularidad de todas las mucosas y la extravasación de glóbulos rojos que hacen que la encía esté más roja y sangre con facilidad. Se ha confirmado además, que existe relación entre la severidad de esta gingivitis y el aumento en la movilidad de los dientes.

Los cambios hormonales durante el embarazo hacen que las encías se vuelvan más gruesas y blandas y esto provoca que queden más expuestas a posibles daños al cepillarse los dientes y que sean más predispuestas a posibles infecciones.

Esta desagradable situación se debe a los cambios hormonales que se dan en el embarazo, al tener un mayor flujo de sangre por el organismo, las encías se inflaman y provocan el malestar.

Erosiones en el esmalte dentario

Muestran algunas situaciones de desgaste las piezas dentales, las que se dan principalmente por las náuseas y vómitos siendo estos los ácidos responsables que desmineralizan los dientes quedando susceptibles a las caries, esto crea dientes sensibles al frío y a las comidas ácidas. Para aplacar un poco este inconveniente, se pueden usar enjuagues a base de flúor neutro o sin alcohol, siempre recomendados por el odontólogo. Pero la mayoría de las mujeres no tiene mucha tolerancia a este producto, debido a las náuseas que provoca.

Salivación

Llamada también sialorrea, se da en el primer trimestre y se origina por los constantes cambios y el exceso de hormonas, sé puede disminuir, cepillándose los dientes con pasta mentolada, enjuagues bucales o masticando un chicle de menta, es común que este síntoma desaparezca luego de los primeros tres meses.

Coexisten casos como el que sucedió a una mujer embarazada que sufría una gingivitis que acabó siendo la causa de que su bebé naciera muerto, el cual fue publicado en la revista médica *Obstetrics And Gynaecology*y en él se consiguió demostrar que la mujer embarazada, de 35 años de edad, perdió a su bebé por la bacteria que le causó una infección en las encías. La mujer dio a luz a su bebé en la semana 39 de gestación, sin embargo éste nació muerto, las pruebas médicas realizadas tras el parto mostraron que la misma bacteria que la madre tenía en las encías se hallaba en la sangre, los pulmones y el estómago del feto, tras someterse a un tratamiento preventivo la mujer se volvió a quedar embarazada y tuvo un bebé perfectamente sano.

Una mujer embarazada debe saber que:

Si está embarazada o está considerando la eventualidad de embarazarse, los odontólogos afirman que es importante no ignorar la salud bucal, pues esta, forma una parte importante de la saludengeneral.Los buenos hábitos de higiene dental no sólo ayudan a prevenir problemas orales durante el embarazo, sino que también afectan la salud de su bebé antes de que nazca.

- Durante el embarazo podría experimentar un aumento inesperado en la cantidad de hormonas, particularmente progesterona, lo cual puede provocar cambios en la manera en que el organismo reacciona a las bacterias presentes en la placa.
- La placa es una capa descolorida y pegajosa de bacterias que cubre los dientes, si la placa no es eliminada cotidianamente a largo plazo puede solidificarse y convertirse en sarro y aumentar el riesgo de que usted padezca gingivitis, el cual es un padecimiento cuyos síntomas son encías irritadas, inflamadas y sensibles que presentan una mayor tendencia a sangrar.
- La "gingivitis del embarazo" frecuentemente se presenta entre el segundo al octavo mes. Si ya sufrede gingivitis, está enfermedad podría empeorar durante el embarazo, por lo que rápidamente debe de curarse, de lo contrario de no recibir tratamiento alguno, la gingivitis puede provocar enfermedades periodontales en las mucosas.
- Otro padecimiento en la boca es el Granuloma Piógeno del embarazo que es una forma particular de inflamación gingival que ocurre en cerca del 5% de mujeres durante el embarazo. Es una lesión que se observa en la papila interdental de los dientes superiores, se asemeja a un pequeño bulto que puede sangrar con facilidad por la excesiva vascularidad de la lesión. Suele presentarse durante el primer o segundo trimestre del primer embarazo, no suele ser doloroso. Al parecer, la placa bacteriana juega un rol importante en la aparición de este granuloma. El granuloma suele desvanecerse espontáneamente después de dar a luz, sólo en algunos casos se necesitará retirar la lesión quirúrgicamente.

Hay que saber que la mayoría de las anestesias dentales de uso local como la novocaína o la lidocaína son seguras para la mujer embarazada en las dosis normalmente usadas en los consultorios. Se pide no usar Citanestya que es vasoconstrictor: la octopresina, puede inducir a lalabor de parto.

Antibióticos como la amoxicilina, penicilina y clindamicina pueden ser usados también. Se debe impedir el uso de tetraciclinas que pueden originar desteñido de las piezas dentales deciduas y permanentes del bebé. El Metronidazol tiene un potencial efecto teratógeno y no se debe usar en mujeres embarazadas.

Analgésicoscomo el Paracetamol y los productos que contienen acetaminofen, como el Tylenol, valen ser usados. No deben emplear antiinflamatorios no esteroideos como la aspirina o el

ibuprofeno que pueden provocar alergias en el feto y tampoco medicamentos opioides para el control del malestar. Solo en casos de urgencia se tomaría rayos X de lo contrario es contraproducente durante el embarazo.

Anteriormente se pensaba que durante el embarazo, el bebé adquiría el calcio de los dientes como lo hace de los huesos, se ha demostrado que esto no ocurre. Pero, lo que si ocurre es que las concentraciones de calcio y fosfato en la saliva se reducen durante el embarazo, al mismo tiempo acrecientan las posibilidades de desmineralización del esmalte dentario que es la parte blanca del diente y disminuye nuestra posibilidad de re-mineralización del esmalte asociado a la disminución del calcio y fosfato en la saliva que son fundamentales para que el esmalte se consolide nuevamente.

Juntos estos factores, podrían revelar una posibilidad mayor de caries en las mujeres embarazadas, no debemos olvidar que la caries dental es una enfermedad multifactorial y su aparición por lo tanto, no depende de un único responsable. Supuestamente, el embarazo aquejaría al medio ambiente del diente, más que al diente en sí mismo.

No desconozcamos que los primeros microorganismos que colonizaran las bocas de nuestros bebés son nada más y nada menos que los de las mamás que les traspasan durante sus primeras semanas de vida.

CAPITULO III

3. FOBIAS

La ansiedad ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, está considerada en la categoría de fobias específicas y por extensión, se consideran los mismos criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV para esta categoría.

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, y en este capítulo se describirá todo lo que concierne a una fobia empezando por su definición como fobia en general luego como fobia especifica además de eso cuáles son sus orígenes, sus síntomas, tanto fisiológicos y psicológicos.

Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas. Además el estado altamente ansioso de la paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo.

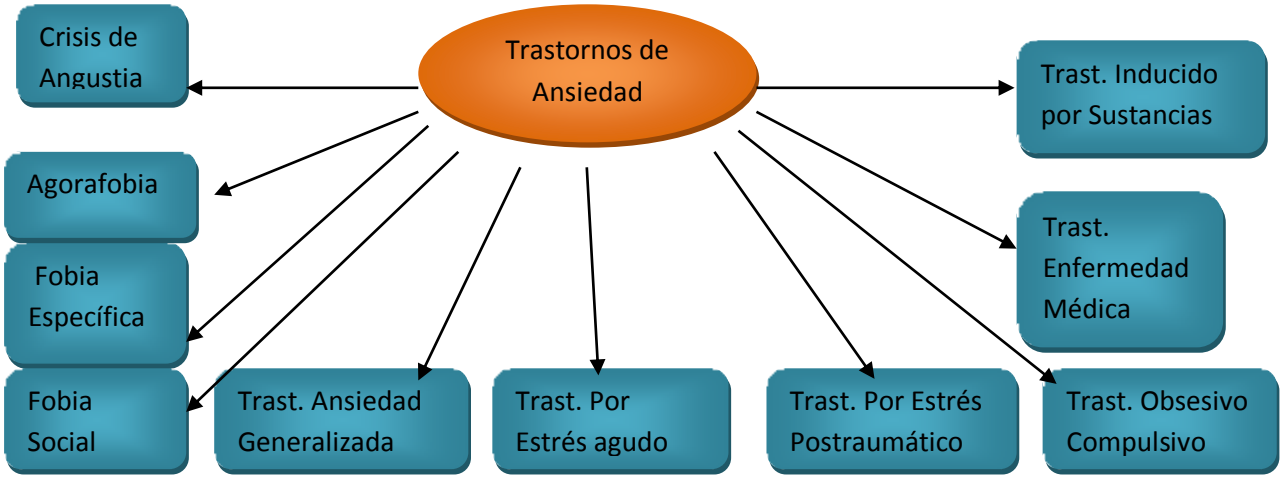
La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en las pacientes, diversos grados de recelos y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca.

No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.

3.1 DEFINICIÓN

Una fobia (palabra derivada de Fobos (en griego antiguoΦόβος, ‘pánico’, que era la personificación del miedo en la mitología griega, hijo de Ares y Afrodita) es un trastorno de salud emocional que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas como, por ejemplo, a los insectos (entomofobia) o a los lugares cerrados (claustrofobia) etc. También se suele catalogar como fobia un sentimiento de odio o rechazo hacia algo que, si bien no es un trastorno de salud emocional, sí genera muchos problemas emocionales y sociales.

Figura 3.1. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-IV



3.2 DEFINICIÓN DE FOBIA ESPECÍFICA

Según el manual DSM-IV Define a la Fobia especifica como el "temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos, la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia, las situaciones fóbicas se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar". Dice también que los comportamientos de evitación interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales, académicas o sociales o bien provocan un malestar clínicamente significativo. Además el DSM-IV especifica el tipo de fobia específica, ya sea animal, ambiental, situacional (entre otras).

Puede estar referida a situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos generalmente peligrosos los cuales son evitados de un modo sistemático o afrontados con gran temor. Cabe aclarar que la angustia y la ansiedad no se alivian por saber que otras personas no consideran dicha situación como peligrosa o amenazante, o que el temor resulta desproporcionado.

Se caracteriza por la presencia de ansiedad muy marcada como respuesta a la presencia de situaciones u objetos concretos temidos por la persona que pueden dar lugar a comportamientos de huida.

Criterios para el diagnóstico de fobia específica: *Temor* acusado y persistente que es excesivo o irracional que aparece por la presencia o anticipación de un objeto o situación concreta (volar, precipicios, animales, sangre) la exposición al objeto o situación fóbica provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de crisis de angustia situacional relacionada con una situación determinada. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una gran ansiedad.

Los comportamientos de evitación, anticipación ansiosa o malestar provocado por el objeto o situación temida interfieren acusadamente con la vida cotidiana de la persona. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo. La ansiedad, la crisis de angustia, los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones concretas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como la fobia social (evitar comer en público) o agorafobia (evitar las salidas del hogar).

Para saber si una persona padece fobia específica es necesario diferenciar entre los siguientes subtipos que indican el objeto del miedo o evitación:

- Tipo animal.- El miedo hace referencia a insectos o animales.
- Tipo ambiental.- El miedo hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos, como tormentas, precipicios el agua.
- Tipo sangre-inyecciones daño. El miedo hace referencia a la visión de la sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas.
- Tipo situacional.- El miedo hace referencia a situaciones concretas como a vehículos, túneles, ascensores, aviones o recintos cerrados.
- Otros tipos.- El miedo hace referencia a otro tipo de situación entre las que se incluyen aquellas que pueden llevar al atragantamiento, vomito o la adquisición de una enfermedad.

3.3 SÍNTOMAS

Los pacientes fóbicos sienten como un sudor frío que recorre su espalda, y en pocos minutos todo su cuerpo está empapado, las manos comienzan a temblarles y no hay forma de controlarlas. De repente un tic nervioso no cesa de molestarlos y sienten una punzada en el estómago. La mirada se nubla, el individuo tiene problemas para respirar, su ritmo cardíaco aumenta considerablemente; está fuera de control. Aunque lo parezca, esto no es la descripción de alguna escena sacada de un libro de Stephen King, se trata de los síntomas reales de angustia que experimenta una persona frente a un estímulo fóbico.

La vida de un paciente fóbico es muy difícil, ya que su comportamiento es desproporcionado y todos los pensamientos que se le atribuyen así como los que tiene no lo ayudan a confrontar su situación. El paciente fóbico siempre tiene miedo a que el medio no lo comprenda ya que este no experimenta el mismo estado emocional que él ante situaciones fobógenas. Así mismo la falta de armonía entre la razón y la emoción es fuente de dificultades.

Todo el comportamiento familiar, social, de relaciones interpersonales, al igual que el desempeño profesional se adaptará a la fobia padecida. Algunos pacientes llegan incluso a cambiar su modo de

vida para adaptarse mejor a su fobia. Así, un paciente que tenía fobia a conducir su automóvil, se cambió de la casa que ocupaba con su familia después de haber pedido un cambio de puesto en una empresa a fin de poder disfrutar de un alojamiento dentro de la misma, lo que le evitaba todo desplazamiento en automóvil.

Ante el temor de enfrentarse a la incomprensión de su problema por parte de su familia y de sus compañeros de trabajo o amigos, el paciente fóbico se verá obligado a esconder sus dificultades. En ocasiones, el paciente adopta una actitud falsa para ocultar su fobia (actitud incorrecta, agresiva), otros pacientes adoptan una actitud manipuladora a fin de incluir a quienes los rodean en su propio sistema fóbico.

Como los pacientes fóbicos se sienten anormales piensan que son culpables de ser diferentes y creen que causan un perjuicio a su medio. Para evitar burlas, regaños o conductas desagradables, el paciente fóbico se verá obligado a recurrir al mecanismo de defensa, racionalización que consiste en buscar pretextos o excusas para justificar la conducta de manera socialmente aceptable.

La característica del paciente fóbico consiste en la gran capacidad que tiene para prever todas las situaciones que pudiesen interferir con su fobia. Así el fóbico tendrá sus pertenencias organizadas a manera que aminoren sus temores.

Las situaciones que resultan triviales para una persona normal, para el fóbico pueden ser muy problemáticas y debido a esto el individuo jamás podrá aceptar de golpe una proposición sin estar seguro de que todos los elementos contra fóbicos estén reunidos.

Cabe mencionar que los hombres tienen más dificultades con su fobia pues se sienten muy opacados con relación al ideal masculino, fuerte, viril, valeroso, que no teme a nada, etc., y las mujeres, aunque les afecte mucho su fobia, se sentirán protegidas por el estereotipo cultural según el cual ellas son más frágiles, necesitan estar protegidas y necesitan ayuda, etc.

En cuanto a la vida familiar, la familia del fóbico hará todo lo posible por evitarle las situaciones que puedan incomodarlo y en ocasiones toda esta gentileza puede hacerlo sumamente dependiente y no se atreverá a rechazar o pedir tal o cual favor o tal actitud. Además, debido a su fobia, el paciente evitará muchas situaciones de relaciones interpersonales y verá que su campo de acción será limitado. (López, 2003)

En Resumen Los Síntomas De La Fobia Son**:**

- Ansiedad
- Fatiga

- Ataque de pánico
- Crisis encubiertas de ansiedad
- Insomnio
- Palidez
- Sudoración
- Taquicardia
- Ganas de evacuar
- Tartamudez

3.4 EL MIEDO

La función biológica del miedo es protegerse anteun peligro real. Cuando nos encontramos ante una situación amenazante, un sistema especialmente diseñado para estos casos se activa y nos prepara para la huida. Una vez se detecta la fuente del posible daño, la fisiología dispara una sustancia llamada adrenalina, la que a su vez enerva una serie de cambios físicos: como dilatación de la pupila, sudoración, taquicardia, temblor, palidez, tensión muscular, y una sensación interna de inquietud y alarma.

Algo nos dice que no debemos quedarnos ahí y que tenemos que escapar. A diferencia de lo que ocurre con los miedos psicológicos, el miedo biológico siempre se agota. Sube en pico, se mantiene en forma de meseta un instante, y luego, si no le metemos cabeza al asunto, deteriora. Éste es el ciclo natural. Por el contrario, la curva del temor mental o psicológico puede no declinar nunca.

Si nos acercamos a lo natural, descubriremos que los síntomas que acompañan a la experiencia del pánico pueden ser vistos desde una perspectiva más amigable. Cada componente de la emoción nos cuenta cómo debió haber sido la lucha por la supervivencia hace millones de años, ellos nos habla de cómo actúa el mundo natural, la dilatación de la pupila permitía aumentar la capacidad de la visión en la oscuridad; el hombre no conocía el fuego y es probable que muchos depredadores estuvieran al acecho amparados en la oscuridad.

El temblor originado por la adrenalina, tal como demostró la psicología animal, posee un significado comunicativo de alertar a los otros miembros del grupo y pedir ayuda; algunos animales como las gacelas, utilizan el temblor para avisar de la proximidad del depredador con muy buenos resultados (recordemos que el lenguaje humano no estuvo desde el principio). La taquicardia permite bombear más sangre y prepararse para un mayor gasto energético como correr o saltar más. El sudor permite escabullirse y resbalarse más fácilmente del atacante. La palidez y el desmayo, tal

como enseñan algunos estudios etológicos, permiten pasar desapercibido para ciertas especies agresoras.

Pero no todo es color de rosa, debido a que la civilización avanza cien veces más rápido que la evolución biológica, se ha producido un desajuste evolutivo entre la biología y el desarrollo de la cultura. El banco genético arrastro un cumulo de miedos que habían sido útiles para el hombre pre-histórico, pero que probablemente no lo sean tanto en la actualidad. Por ejemplo el miedo a la oscuridad, al agua, a las alturas, a los animales, a los espacios cerrados, a los lugares abiertos y algunos más, son temores preparados. Podemos heredarlos sin aprendizaje alguno. El hombre no conocía la luz, no sabía nadar, no podía volar era un animal diurno que debía esquivar aquellos lugares donde no podía escapar fácilmente y necesitaba de un mecanismo que salvaguardara su integridad física. La mejor opción adaptativa fue el miedo.

Cuando sentimos los síntomas del miedo, es nuestra madre naturaleza la que se está manifestando para cuidarnos, en esos momentos de temor estamos presenciando la magnificencia de lo natural obrando como en los viejos tiempos, estamos reviviendo la historia de la evolución y decodificando el eco de la creación. Esto no quiere decir que sentir miedo sea delicioso, sino que además de útil, es una oportunidad para ver cómo funciona el universo. Si el miedo fuera agradable, hace rato se hubiera acabado la vida en el planeta. El miedo es incómodo, pero no duele. Estos cambios transitorios que obran en todos y todas las personas son las fuerzas del amor que nos cuidan.

Frente a un peligro real pensar mucho no es lo indicado por eso cuando el miedo aparece la mente se acuesta a dormir. Si vemos una culebra a unos pocos centímetros de nuestros pies, no preguntamos nada: saltamos y gritamos, sin importarnos nada de lo que opinen los demás.

La mente inventa la ansiedad

El orden natural explicado hasta aquí parece desvanecerse cuando hace su aparición lo psicológico. Si la mente comienza a intervenir, la cosa se complica y por decirlo de alguna manera se ensucia. La psicología humana no solo crea miedos totalmente irracionales como los fantasmas, los muertos, los cementerios, el fracaso, el ridículo, hablar en público y la mala suerte, sino que también inventa la ansiedad, es decir el miedo anticipado.

Cuando la mente manda el mensaje de alerta roja, todas las células comienzan a trabajar horas extras para defenderse del supuesto atentado. Desgraciadamente en la mayoría de los casos suele ser una falsa alarma activada por la susceptibilidad del ego. El cuerpo es ingenuo y siempre le cree a la mente. Aunque la ansiedad es un progreso respecto al incipiente reflejo condicionado, adelanta demasiado tratando de predecir calamidades puede resultar nefasto.

Muchas personas, de tanto utilizar su calculador de riesgos, lo dañan y desafortunadamente su reparación no está fácil, además de costosa. Existen pacientes en los que desaparecerles el miedo irracional es muy difícil algunos de ellos no salen de su casa si por ejemplo es un agorafóbico no salió de su casa por veinte años llevando muchas sesiones de tratamiento. En estos la mejor forma de superar el miedo es enfrentándolo.

Cuando una persona es víctima de una ansiedad anticipatoria altamente catastrófica y desproporcionada ante un miedo que es irreal estamos ya de miedo pasando a fobia, donde su calculador de posibilidades esta desajustado. La persona ansiosa no reacciona a los hechos, sino a lo que imagina de ellos; está atrapada en una especie de realidad virtual amenazante de la que no puede escapar. El trastorno ansioso es la consecuencia lógica de poseer una mente marcadamente inclinada al futuro, incapaz de procesar el presente.

El estrés puede definirse como una reacción de alarma persistente del organismo ante una situación evaluada como amenazante, que el sujeto es capaz de disminuir. Un estado de tensión sostenido y perdurable, imposible de controlar, es definitivamente desesperante; pero eso no es de extrañar que las personas que lo sufren entren en desesperanza. Lo curioso de este fenómeno no parece existir en otras especies, a excepción de los conejillos de indias, a los que experimentalmente se les induce tención sostenida no se conozco animales que en su medio natural vivan con estrés. Y eso se debe a dos razones:

1.-Ellos no permanecen el tiempo suficiente ante el evento aversivo: si la situación se complica el miedo los obliga a irse. (La terquedad parece ser un atributo exclusivamente humano)

2.-Cuando el nivel de adrenalina o testosterona se eleva más allá de los umbrales normales por demasiado tiempo, recurren por métodos naturales de equilibrio y restablecimiento de las funciones algunos hacen el amor, los gorilas buscan a su madre para que los “espulgue”, los felinos se estiran y se revuelcan, los chimpancés juegan, en fin la naturaleza provee los medios distensionantes para prevenir el trastorno y evitar enfermedades.

Los humanos tenemos otras formas de mermar o reducir los niveles de ansiedad. El secreto está en construir un ambiente donde pueda coexistir la alegría y el reposo.

Esa es la mejor mescla paraerradicar de una vez por todas la ansiedad y el estrés. Crear un ambiente motivacional donde pueda hacerse uso del silencio, dormir , caminar, sentarse bajo un árbol, oír música, mojarse bajo la lluvia, cantar en el baño, tocar a la gente, acostarse al borde de una quebrada, hacer el amor , meditar, practicar deportes divertidos , hacer baños de inmersión y leer, en otras palabras , tener lugar personal en el mundo para hacerlo que realmente queremos

hacer, donde los ratos agradables no sean la excepción , sino la regla. No hay mejor antídoto. (Riso, 2003)

3.5 DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD MIEDO Y FOBIA

Es muy importante saber distinguir entre el miedo y la fobia puesto que sepueden confundir estassignificaciones. Existen personas que expresanestapalabra por el simple hecho de temerle a una situación, animal objetos entre otras cosas lo cual pudiera llevar a que las personas por si solas se diagnostiquen con estaperturbación.

Miedo

Fenómeno psicológico normal para el ser humano especialmente en los niños posee componentes: Biológicos. Comportamentales y Cognitivos se trata de un fenómeno evolutivo, es parte del perfeccionamiento psicológico normal, sería imposibleel no de su presencia. El miedo avisa a la persona que elambiente puede ser física o psicológicamente peligroso**.**

Fobia

Una fobia es una reacción de miedoextremada, que incluye reacciones de evitación irracional y extrema. Mientras los miedos pueden disminuir en intensidad o incluso desaparecer ante la desensibilización sistemática o la inundación, las fobiasno se suprimen sólo con este tipo de técnicas.

Las fobias son miedos absurdos y desproporcionales ante objetos, animales y/o situaciones muy específicas ya que no suponen ningún peligro, la fobia es un tipo de miedo que:

- Es desmedido
- Es absurdo
- Es espontáneo
- Lleva a evadir la situación

Una fobia tieneque tener en cuenta:

- La constancia
- Si pertenece a la edad

- La intensidad de laconsternación
- Si es des-adaptativa

Por último la diferencia principal entre un miedo y una fobia es: Que aunque su raíz psicológica es semejante, se diferencian fundamentalmente en su intensidad y sus repercusiones. El miedo común guarda relación con el peligro que se corre, por el contrario la persona que sufre fobias además de sentir un miedo más intenso, se caracteriza por la incongruencia de sus miedos.

Ansiedad

Una emoción que sentimos todos los seres humanos, sin embargo en determinados casos se convierte en un trastorno que requiere tratamiento. Se trata de la ansiedad que ocurre sin origen aparente y nos causa preocupación, nerviosismofastidio y nos lleva a conductas inadecuadas y de evitación.

Diferencia entre miedo, fobia y ansiedad

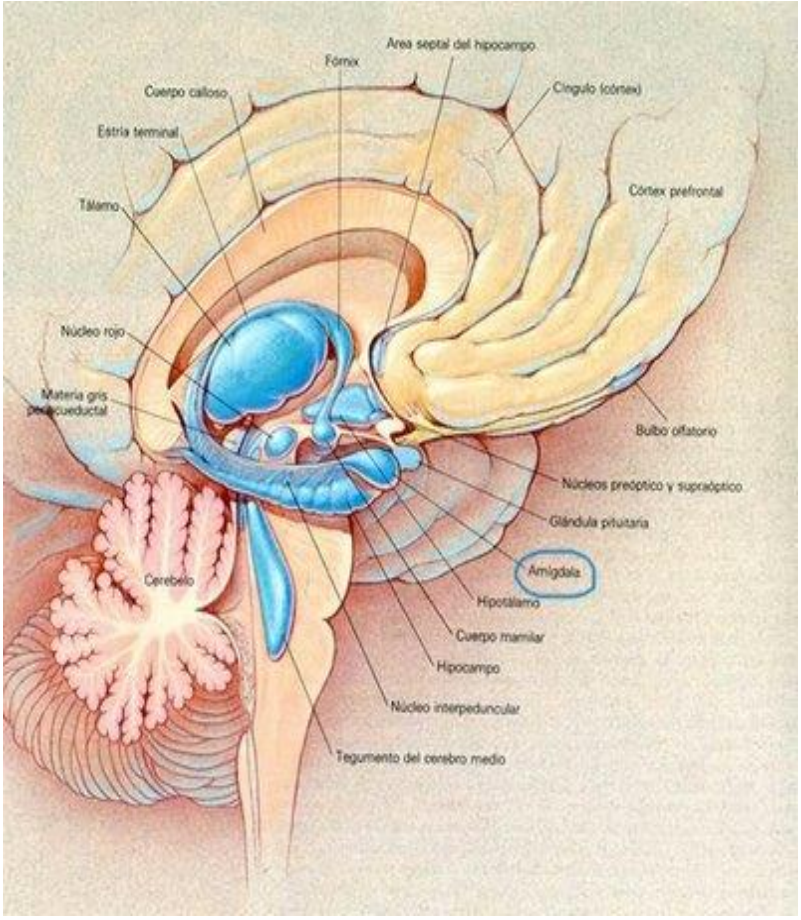
- En función del estímulo la ansiedad no tiene un estímulo especifico
- En la fobia y los miedos, hay un estímulo provocador
- A su vez el estímulo provocador de la fobia no entraña un peligro real como el de miedo normal.

En cuanto a intensidad de la respuesta

- Miedo, fobia y ansiedad van acompañadas frecuentemente de alteracionesfisiológicas que en la ansiedad son más intensas y duraderas y cuando esta se hace crónica puede guardar relación con trastornos psicofísicos.
- Fobia y ansiedad se asemejan en cuanto son respuestas nocompartidas por el resto de las personas presentes en la situación.

3.6 LA FISIOLOGÍA DEL MIEDO

Figura 3.2. Estructura nerviosa donde se encuentra el miedo



El cerebro humano está constituido por tres capas, que se han desarrollado a lo largo de los años y con la evolución del hombre:

1.-La primera capa una de las más antiguas que corresponde al cerebro reptiliano, regula las acciones orientadas a la supervivencia por ejemplo comer respirar etc.

2.- La segunda capa que se encarga de la conservación de la especie y del individuo en donde se encuentran las estructuras del Sistema Límbico y que se encarga de regular las emociones, alimentación, lucha, escape y evitación del dolor y la búsqueda del placer.

3.-La tercera capa es la Corteza Cerebral y en ella se da el pensamiento racional y abstracto.

El organismo se ha equipado con todo un complejo sistema de supervivencia que se activa a sí mismo ante la percepción de cualquier peligro, se auto regula y prepara el terreno para favorecer la supervivencia del individuo.

De acuerdo con el Dr. Jaime De La Torre (2009), hay una serie de actitudes primarias de supervivencia en los animales y en los humanos también. Cuando un animal se siente amenazado, su primera reacción es alejarse de la amenaza. Esto le evita dolor, peligro y gasto de energía. Sin embargo hay situaciones en las que el escape no es posible, y es en estos casos cuando el animal se torna agresivo y se activa toda una serie de reacciones en su cuerpo que lo preparan para la pelea. La agresión provocada por miedo es característica de animales en peligro que se sienten acorralados y sin posibilidad de escape. Siempre y cuando el animal sienta que tiene oportunidad de vencer aquello que lo amenaza, va a luchar en su contra. Sin embargo, si llega un momento en el que se da cuenta de que no puede vencer, entonces se abandona a la muerte, es decir se "deprime" y deja de luchar.

Al detectar algo que representa un peligro, se activa un sistema de alarma en el organismo que lo prepara para sobrevivir, desencadenando toda una serie de reacciones fisiológicas. El miedo al dolor psicológico provoca las mismas reacciones fisiológicas que el miedo al dolor físico. Este sistema de alarma, se encuentra en la segunda capa del cerebro humano, el sistema límbico. El sistema límbico se encarga de controlar las respuestas de "huir o pelear". La alarma interna solamente se activa cuando hay una situación de verdadero peligro. Dentro del sistema límbico hay una estructura llamada la amígdala, la cual se encarga de controlar y mediar emociones principales como el afecto, la agresión y el miedo. Es el centro de identificación de peligro, y es fundamental para la supervivencia. Al ser activada, desencadena miedo y ansiedad que ponen a la persona o animal en un estado de alerta total, alistándose para huir o pelear.

Toda la información que entra a través de los sentidos pasa por la amígdala, y ésta detecta cualquier señal de peligro. Mientras se realiza cualquier actividad, la amígdala está monitoreando todo lo que sucede a nuestro alrededor, incluso cuando dormimos, está atenta y ante cualquier sonido que pueda representar una amenaza, activa sus conexiones y hace que despertemos.

La amígdala y las estructuras cerebrales que detectan peligro, no identifican detalles, sino que están atentas a cualquier percepción burda, que pueda representar una amenaza, como puede ser una sombra, un movimiento extraño, un ruido, etc. Ante la primera percepción de un posible peligro, se desata una reacción de alerta en el organismo y sólo es hasta después que nos percatamos de lo que sucede y de si realmente existe un peligro o no. Por ejemplo, a todos nos ha pasado que oímos un ruido extraño en la casa e inmediatamente nos ponemos alertas, solo para descubrir instantes más tarde de que se trataba del gato.

Se han hecho experimentos con monos salvajes agresivos, a los cuales después de quitarles la amígdala, pierden todo su miedo a los humanos y su reacción agresiva.

En los humanos el perder la amígdala no significa la pérdida total del miedo, ya que la amígdala es solamente una parte de un complejo sistema de miedo que incluye a otras partes del sistema límbico y de la corteza, sin embargo la pérdida de la amígdala en humanos si provoca cambios en la persona, haciéndola más calmada.

La función de alarma en el sistema nervioso produce un aumento de actividad de diversas funciones corporales como aumento en la presión arterial, intensificación del metabolismo celular, incremento de glucosa en la sangre, aumento en la coagulación sanguínea e incluso un aumento en la actividad mental. De igual manera la sangre se va a los músculos mayores, principalmente a las piernas, para tener suficiente energía para escapar si es necesario. El corazón comienza a trabajar a una velocidad muy por encima de lo habitual, llevando rápidamente hormonas como la adrenalina a todo el cuerpo y a los músculos. El sistema inmunológico se detiene, así como todas las funciones no esenciales en el cuerpo, para prepararlo para lo que venga: la huida o la pelea.

Todas estas reacciones son extremadamente útiles para la supervivencia. El cuerpo sabe exactamente qué debe de hacer ante la percepción de un peligro para maximizar las posibilidades de salir con vida. Ante la percepción de un peligro se agudizan todos nuestros sentidos. Abrimos más los ojos, y las pupilas se dilatan para recabar la mayor cantidad de información posible. En realidad es una gran ventaja que todo esto suceda de manera automática, y que no seamos nosotros quienes tenemos que activar la alarma y provocar todas estas reacciones. Nuestro trabajo simplemente se concentra en analizar la situación para tomar la mejor decisión según sea la amenaza.

Sin embargo, en algunas personas esta alarma se activa sin ninguna razón aparente. Cuando esto sucede, se da lo que se conoce como un ataque de pánico Cuando la alarma se activa ante estímulos específicos, se da lo que se conoce como una fobia. En muchos casos, primero se presenta un ataque de pánico, y éste evoluciona hasta convertirse en una fobia. Por ejemplo, una persona que tiene un ataque de pánico mientras se encuentra en su automóvil manejando, puede desarrollar una fobia a manejar, ya que teme que vuelva a sufrir un ataque de pánico mientras lo hace. De hecho, el simple hecho de subirse al auto, desencadena en la persona toda una serie de reacciones de miedo, que son características de las fobias.

Las crisis de pánico en personas con fobias disparan la alarma, la persona comienza a sentir todas las reacciones fisiológicas primitivas de huir o pelear, e inmediatamente vienen a la mente imágenes catastróficas. El sistema límbico reacciona a esta situación una vez más, lo cual provoca un aumento aún mayor en los niveles de miedo. La respiración se altera, provocando cambios en la química sanguínea. Las glándulas endocrinas bombean hormonas, tales como la adrenalina, a la sangre. Al ser confrontado con un estímulo fóbico, las personas presentan un aumento en su ritmo

cardiaco y su presión sanguínea. Cuando esto sucede, la persona percibe una confirmación de que sus síntomas iniciales eran de hecho indicadores de un peligro serio. Una sensación de peligro extremo invade a la persona, con lo cual el sistema límbico vuelve a reaccionar desencadenando la respuesta de miedo, volviéndose así un círculo vicioso que paraliza a la persona.

Los lóbulos frontales se encargan de cambiar la atención consciente de una cosa a otra, de acuerdo con lo que exigen las circunstancias. La capacidad de cambiar la atención consciente de los lóbulos frontales a voluntad es severamente disminuida en los trastornos de ansiedad. El sistema primitivo del miedo, por otro lado, tiende a fijar la atención en el objeto que percibe como amenazante. Fuerza a la conciencia a enfocarse en el objeto del miedo. En el caso de las fobias, la atención se fija totalmente en el objeto de la fobia, excluyendo todo lo demás.

Es por esto que cuando una persona con una fobia se encuentra frente al estímulo fóbico, su reacción es de un miedo muy intenso, a pesar de que las circunstancias no representen realmente una amenaza para la persona. Ella percibe solamente aquello que ve como amenazante y lo magnifica, excluyendo todo el contexto que podría ayudar a reducir esa sensación de vulnerabilidad y peligro. (De la Torre, 2009)

3.7 ETIOLOGÍA DEL MIEDO

El psicoanálisis expresa que el origen de las fobias está en el miedo de satisfacer un inclinación, recelo que se fija en algo exterior que lo sustituye, pues, según Thiested (1986), en la base de la fobia siempre está el complejo de Edipo; por lo tanto los fóbicos no han conseguido resolver de manera satisfactoria éste complejo, que implica la primera situación dolorosa del niño y para evitarlo se genera la fobia.

También hay que destacar que no solo está basado en el complejo Edipo, sino también con la angustia de castración, el cual inicia cuando la niña observa a un varón desnudo y de forma inconsciente cree que está mutilada, creando de ésta forma una fobia por el desplazamiento, dando a entender que las fobias son un sustituto de algún otro motivo que origina temor. Las descripciones fóbicas Freudianas presentan un conflicto clásico, el amor y el odio dirigido hacia la misma persona que puede ser el padre o la madre, sosteniendo que el Ello del niño maneja el conflicto por medio de la represión de sus impulsos ambivalentes e incestuosos y por el mecanismo del desplazamiento, el cual consiste en el caso de las fobias, ese odio y amor generado lo convierte el niño o la niña en la fobia.

En cambio el conductismo enfoca el origen de las fobias en el aprendizaje de eventos que sucedieron muy probablemente en la infancia, el cual fue vergonzoso, causó recelo o fue muy impactante y al final se asocia con algún hecho futuro. Por ejemplo, un individuo que de pequeño

fue picado por un alacrán tiene cierta posibilidad de crear una fobia de adulto a éste tipo de animales. Las fobias de tipo animal, ambiental, algunas de tipo situacional y otras de tipo sangre-inyecciones-daños son iniciadas a temprana edad y si se crece con ese temor, las posibilidades de que se vuelvan fobia son mayores.

Mientras que algunos investigadores creen que está implicada una pequeña región del cerebro llamada amígdala, el centro de control del miedo. Existen dos líneas fundamentales de investigación: unas centradas en buscar las bases bioquímicas de la fobia y otras que investigan la influencia del ambiente.

Existen además diversas teorías que intentan revelar la causa de las fobias desde distintos puntos de vista, pero quizás la más aceptada sea la teoría del aprendizaje, esta teoría afirma que las fobias son el producto de la asociación producida por el condicionamiento clásico.

A continuación describiremos como fue el experimento clave realizado por Watson, el fundador del conductismo y por su esposa. Para el experimento se necesitó de un niño, llamado Alberto. En él se observó cómo le atraía jugar con unas ratas blancas que se le proporcionaron, de la misma manera que lo haría cualquier otro niño. Watson pretendía condicionar esta conducta y para ello lo que hizo fue ocasionar golpes fuertes con una barra de acero, muy cerca de Alberto, cada vez que éste miraba la rata, Alberto se aterrorizaba por el tremendo ruido. Como el ruido se le presentaba siempre junto con la rata, lo que ocurrió fue que Alberto relacionó el estímulo desagradable (ruido con la barra de acero) con el estímulo agradable que hasta ese momento había sido la rata. Cuando un tiempo después Alberto vio la rata, sintió pánico. Lo que había ocurrido es que el niño había desarrollado una fobia específica a las ratas por condicionamiento. Esta podría ser una teoría que explique en parte el porqué de las fobias. Lo innegable es que ni la teoría del aprendizaje, ni ninguna otra teoría, puede hasta la fecha explicar por completo el origen de las fobias. Hay preguntas todavía sin respuesta como por ejemplo: ¿por qué se desarrolla con más facilidad la fobia a las serpientes, a las arañas o a la obscuridad, que a un color, las flores, etc.? ¿Estamos predispuestos a padecer fobias a determinados objetos y no a otros? ¿O quizás aprendemos a desarrollar estas fobias observando a otras personas que las padecen? Todavía no está claro esto.

La querella sobre las causas de las fobias está por tanto sin solucionar, sin embargo su tratamiento, afortunadamente, parece estar más claro y hay más acuerdo en este sentido, lo cual sin duda resulta alentador.

3.8 LAS FOBIAS EN LOS NIÑOS

Todos los niños experimentan algunos miedos muy comunes a lo largo e las diferentes etapas de su infancia. Así, es normal que los bebes teman a los ruidos muy fuertes, que los niños de tres años no quieran dormir con la luz apagada, que los niños de cuatro años tengan miedo a los monstruos y a partir de los ocho años teman a la muerte. La edad del niño indica si es un miedo normal, y estos temores tienden a desaparecer conforme el niño madura. Es bueno respetarles estos miedos a los chicos, calmarlos, hablar con ellos y darles una dimensión real. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las fobias tiene su origen en la infancia, entre los seis y doce años. Sin embargo muchos niños que la padecen terminan sobreponiéndose a sus temores, así que no siempre la aparición de algún síntoma parecido al de una fobia es sinónimo de que el niño la vaya a padecer aún en adulto. Por ello las fobias infantiles son algo para preocuparse únicamente cuando interfieren en la vida cotidiana de los chicos .Los niños que padecen fobias tienden a evitar todo aquello que podría desencadenar sus temores: por ejemplo un niño de ocho años que no puede dormir con la luz apagada por su terror a la oscuridad o una pequeña que no quiere ir al parque a jugar porque no quiere encontrarse con el insecto.

Nadie sabe exactamente por qué algunos niños padecen fobias. Algunos científicos creen que los genes de una persona podrían guardar cierta relación con las fobias y que es probable que el padre de un niño que padece una fobia social también la padezca. En ocasiones, un hecho traumático en la vida del niño -como la muerte de uno de sus padres, el divorcio de éstos o una mudanza- puede desencadenar la fobia.

Miedos universales en los niños

Hay miedos universales presentes en el desarrollo normal de todo niño, pero que, al igual que aparecen, también desaparecen espontáneamente, a medida que el niño va adquiriendo experiencia respecto a ellas. Una serie de estudios sobre poblaciones generales indican que los niños manifiestan una cantidad de miedos sorprendentemente elevada y que son más frecuentes en las niñas.

Debemos constatar que si bien estos miedos son normales y forman parte del desarrollo del niño existen además, los miedos denominados evolutivos normales, los cuales se verán reflejados en el siguiente cuadro:

Tabla Nº 3 Miedos normales en los niños

EDADES	MIEDOS
0-1	Llanto ante estímulos desconocidos ruidos fuertes e inesperados, a los seis meses a los movimientos repentinos, a los ocho meses miedo a las personas y situaciones extrañas.
2-4	Temor a los animales, miedo a la oscuridad, a estar solo, a seres imaginarios, a elementos de la naturaleza ej. Los truenos.
4-6	Temor a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios
6-9	Temor al daño físico o al ridículo, a la muerte
9-12	Miedo a los incendios, accidentes, enfermedades o a conflictos con los mayores
12-18 años	Temores relacionados con la autoestima personal

La ansiedad es una emoción que surge cuando una persona se siente en peligro, sea real o imaginaria la amenaza. Es una respuesta normal y adaptativa que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia.

La edad nos indicará si su miedo es o no consecuente con ésta y cuánto tiempo se puede esperar que éste dure. De todas formas, aunque ese miedo sea propio de la edad, no debe jamás ignorarse ni ridiculizarse. Tampoco sobreproteger al niño cuando aparezca el miedo, pues ello le llevaría a pensar que existe un peligro real respecto a lo que él siente.

Lo más conveniente es:

- Hablar con el niño
- Concretar su miedo
- Enseñarle a dar el valor real que éste puede tener
- Así como maneras de disminuir su ansiedad cuando esté próxima la situación desencadenante.

No todos los miedos desaparecen totalmente con la edad. Todos, niños y adultos, tenemos nuestros propios miedos. Muchos miedos intensos que se tienen de adultos, provienen de experiencias "sufridas" en la edad infantil.

Por tanto, los tres tipos de temores más frecuentes en los niños son:

- miedo a los animales
- miedo a los daños físicos
- miedo a la separación de su madre

Cuando los miedos infantiles dejan de ser transitorios hablamos de fobias. Las fobias son una forma especial de miedo cuyas características son:

- El miedo es desproporcionado con respecto a la situación que lo desencadena.
- El niño no deja de sentir miedo a pesar de las explicaciones.
- El miedo no es específico de una edad determina.
- El miedo es de larga duración.

El tipo de fobia más frecuente en niños es la fobia escolar. El niño suele reaccionar mediante molestias físicas tales como cefaleas, dolores abdominales, incluso vómitos, con el fin de evitar la asistencia a la escuela.

Los trastornos fóbicos suelen aparecer entre los 6 y los 12 años; en muchas ocasiones, van desapareciendo espontáneamente o por lo menos aparentemente o reaparecen con otras formas más adelante.

El tratamiento en niños con fobias suele dar buenos resultados, ya que es más fácil cambiar el estilo cognitivo que aplica el niño sobre las cosas.

Para poder aplicar un tratamiento adecuado, deberán analizarse:

- Los elementos presentes en el momento en el que al niño se le desencadena la fobia
- Los estímulos o situaciones que rodean al momento en el que ésta aparece.
- Qué cosas hacen que esta fobia se mantenga (beneficios secundarios).

Los padres no deben forzar al niño a enfrentarse al objeto o situación que causa su temor, pues ello puede hacer aumentar su angustia y su temor. También deberán cuidar su actitud, pues ésta puede inducir al niño a esos temores. La reacción de la familia frente a estas situaciones es decisiva, puede agravar o atenuar la angustia. Suele tratarse de niños muy dependientes del núcleo familiar. De ahí, que se haga necesario también asesorar y trabajar con la familia del niño "fóbico". (Colle, 2008)

CAPITULO IV

4. ODONTOFOBIA EN LA MUJER EMBARAZADA

El concepto tradicional del dentista como martirizante tiene su origen en el hecho de que los dientes y su tratamiento pueden producir dolor intenso, el comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen.

Los miedos hacen llegar a situaciones tan extremas como perder los dientes o a tenerlos en mal estado con un aliento desagradable afectado la autoestima que es más grave y dolorosa que la misma atención odontológica, las personas pensamos que la perdida de una pieza dental no significa nada pues deberíamos darnos cuenta que están importante como la perdida de cualquier parte de nuestro cuerpo como por ejemplo, damos mayor importancia a la pérdida de un dedo decimos que es una desgracia en la familia mientras que la pérdida de un diente no le damos mayor importancia por el hecho de que se encuentran dentro de la cavidad bucal y nadie se percata de esto ya que no se ve, llegamos a conformarnos incluso con el uso de prótesis dentales como que los dientes originales no fuesen tan importantes solo damos una mínima importancia a cada pieza por el lugar donde se encuentre el diente, si pertenecen a los molares o premolares no importa que las extirpen pero si pertenecen a los incisivos ya nos preocupa un poco más pero si es un fóbico mayor importancia tiene la fobia ya que el solo hecho de mencionar odontólogo ya empieza a sudar, peor tratarse los dientes.

Pero por qué tener miedo, cuáles fueron los motivos o las causas que hicieron que busquemos cualquier motivo o excusa para no ir al odontólogo a pesar de saber las consecuencias que nos traerá. Mejor deberíamos de ver lo que se lograra luego del tratamiento, una boca arreglada con una linda sonrisa y sin tener que taparnos la boca para hablar. Es para esto que existe la psicología para cambiar las cogniciones por otras más adaptativas, debemos dejar de contar historias o pretextos de que habíamos decidido mantener regularmente las consultas como habíamos convenido pero que no sabemos qué pasó y que sea por el dolor que nos invade tengamos que ir y que cuando abrimos nuestra boca nos da la sensación de angustia.

4.1 FOBIA ODONTOLÓGICA

La fobia es definida como el miedo excesivo, desproporcionado y persistente, ante la anticipación o la presencia de un instrumento del equipo dental, o ante el propio tratamiento dental. Pueden presentarse síntomas evidentes de ansiedad que podrían ocasionar un ataque de pánico cuando el individuo se expone a los estímulos fóbicos como equipo dental, odontólogo o tratamiento y finalmente, la paciente puede exhibir conducta de evitación ante todos los estímulos relacionados con tratamientos dentales, o, en caso de que enfrente las situaciones en que los

estímulos relacionados con intervenciones dentales estén presentes, es posible que lo haya experimentado estados elevados de ansiedad e incomodidad, lo que genera serias interferencias con la vida del individuo, afectando la mayoría de sus áreas de ajuste, pero aun si la paciente está embarazada

Pero en cuanto se trata de dentó-fobia, se la puede definir diciendo que consiste en un miedo extremo y persistente que resulta en que el individuo evite asistir a las consultas odontológicas a cualquier costo, solamente es posible cuando un problema físico se torna insoportable. Incluso pensar o escuchar sobre ir al dentista podrá marcar un estrés psicológico y la fobia puede interferir con un funcionamiento social normal.

La visita al dentista es una de las situaciones que más ansiedad genera en las personas, llegando a veces a tal grado que el paciente deja de acudir a la consulta profesional abandonando los tratamientos provocando una grave afectación en su cavidad bucal restándole importancia a su salud y a la de su bebe que también de alguna manera podría salir afectado por la acumulación de bacterias.

Es evidente que tal conducta atenta contra la salud oral de esas personas. Además el estado altamente ansioso del paciente influye notoriamente en la calidad de los tratamientos, así como también en la salud mental del odontólogo.

La manipulación de la zona bucal por parte del dentista, despierta en los pacientes, diversos grados de aprensiones y ansiedades. Es habitual que las personas señalen que la visita al dentista es una de las atenciones en salud que más miedo les provoca.

No está claro a qué se debe que el miedo a la atención odontológica sea tan frecuente en la población, sin embargo la mayoría de las explicaciones apuntan a procesos psicológicos relacionados tanto con el aprendizaje de esa actitud, ya sea a nivel individual y/o social, como con el significado psicosocial que se le otorga a la boca.(Colle, 2008)

4.2 CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO

Desórdenes Mentales (DSM-IV) el criterio de diagnóstico para las fobias específicas incluye:

- Un miedo marcado y persistente del objeto o situación específicos que es excesivo e irracional para acudir al odontólogo.
- Una ansiedad inmediata como respuesta a la exposición del estímulo temido, que puede llegar a tomar la forma de un ataque de pánico.
- Reconocimiento de que el miedo es excesivo o irracional.

- Evitar la situación productora de ansiedad.
- La fobia interfiere con el funcionamiento normal o causa marcado estrés.

Se puede ayudar a las odontofobicas, principalmente adiestrándoles para quemanejen la ansiedad a través de técnicas de relajación, control de la respiración, entre otras.Asimismo es evidente que el conocer qué ocurre exactamente en la consulta con el odontólogo y saber para qué sirven los instrumentos, ayuda a no temerle tanto.

Las reacciones de la paciente y los intentos de manejo de estas reacciones por parte del profesional, afectan negativamente la relación odontólogo-paciente y son fuente generadora de estrés para el profesional. Por último, la ansiedad ante el tratamiento odontológico genera un incremento de los costos restaurativos, resultado de la evitación prolongada a las consultas normales, que en la mayoría de los casos excede los recursos disponibles para el cuidado de la salud bucal.

La adquisición de la ansiedad ante el tratamiento odontológico ha sido tradicionalmente revelada por la presentación de experiencias de significación traumática para el paciente que permitirían acudir a explicaciones centradas en el condicionamiento clásico.

Se consideran, adicionalmente, como predisponentes para la presentación de este tipo de desórdenes, los umbrales de dolor bajos que incrementan la sensibilidad a los procedimientos dolorosos, o la presentación de ansiedad rasgo o de un desorden de ansiedad generalizada. Desde modelos cognitivo-sociales, se reconoce como el factor principal de adquisición de esta fobia la transmisión de actitudes desfavorables ante el tratamiento odontológico por parte de los padres u otros significativos.

Las fobias son unadificultad que soportan muchos miembros de la colectividad, y muy pocos se atreven a expresarlo, por temor a ser aislados y catalogados como "Locos", pudiendo ser este uno de los tantos mitos que existen dentro de nuestro entorno.

4.3 ETIOLOGÍA DE LAS FOBIAS DENTALES

La ansiedad y los miedos dentales, desde la representación conductual, se deben considerar como patrones multidimensionales y aprendidos de comportamiento que resultan des-adaptativos en relación al tratamiento odontológico. En el desarrollo de estas actitudes entran múltiples causas y factores, por lo que el origen de la ansiedad y el miedo a la atención dental se postula como multifactorial por la mayoría de los autores.

El impedimento, incluyen ansiedad, costo financiero y percepción de la necesidad de tratamiento; en los más jóvenes está perturbada por la actitud y ansiedad de los padres. Dependiendo su cumplimiento del desarrollo psicológico del adolescente.

La etiología de la ansiedad se postula como multifactorial, siendo el motivo más generalmentereferido auna experiencia traumática previa, seguido por otros como la actitud aprendida en sus padres, los relatos de familiares y amigos cercanos respecto a tratamientos dentales de gente que sufrió porque nadie cuenta cuando le va bien que son millones.

Montserrat Catalá Pizarro, profesora titular de Odontología de la Universidad de Valencia, manifiesta que "el miedo depende en gran parte de la disposición y instrucción del profesional para condicionar en el sujeto una actitud positiva hacia el tratamiento dental, pero también puede estar condicionado por influencias familiares y sociales así como los Chistes de la TV y del cine y del humor gráfico que atribuyen a los dentistas maldades peores que a Drácula. Lo cierto es que la apreciaciónindividual del dolor tiene un importante papel en la ansiedad y el miedo dental.

En los niños según Correa, de hasta los 3 ó 4 años experimentan más miedo debido a factores tales como inmadurez en función del estado de desarrollo cognoscitivo, ansiedad de separación de la madre, ansiedad delante de extraños, que hacen parte del repertorio de miedos específicos o peculiares de los primeros años del niño. Klatchoian (1993) por su parte, plantea que el miedo odontológico como cualquier otro miedo infantil es probablemente determinado por factores situacionales inespecíficos que tienden a disminuir con el aumento de la edad y de la madurez. Por lo, tanto el grado de madurez del niño como los rasgos básicos de su personalidad y el estado de ansiedad depende de estas características,

Catalá habla quees muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental como una conducta aprendida, ya que al menos dos tercios de los adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en una experiencia traumática durante la infancia o la adolescencia. Las experiencias desagradables previas, especialmente durante la infancia, experiencias muy desdichadas en la niñez, con dentistas que curaban caries o sacaban muelas de leche sin anestesia, experiencias muy infelices o aun dolorosas de adulto, pueden desaparecer en buenas manos.

Existen también casos, de mujeres que admiten haberse sentido relajadas en la consulta durante las primeras visitas, y han desarrollado el miedo a lo largo del tratamiento.

El ponerse a esperar en la sala de espera por mínimo que sea el tiempo puede parecer una eternidad apara un fóbico, los miedos, dudas y el pánico pueden reaparecer si a esta altura el paciente fóbico no se retiró, su capacidad para manejar la situación ha caído enormemente, haciendo la atención

más dificultosa para el odontólogo, las demoras son comunes, irritan a los pacientes normales y peor aún devastan alos fóbicos.

Se calcula que aproximadamente de 30 a 40 millones de estadounidenses evitan visitar al dentista debido a la ansiedad u odontofobia, las personas con ansiedad dental tienen temores que generalmente son muy extremados e incontenibles. La fobia dental aguda es una afección muy importante que obliga a aquéllos que la padecen a cancelar o evitar completamente las citas dentales.

Muchas mujeres que tienen fobia dental están vacilantes cuando concurren a una consulta dental, a menudo, sienten temor al consultorio, los equipos o al dentista mismo. Las señoras que padecen esta ansiedad dental con frecuencia posponen sus citas con la esperanza de evitar por completo la experiencia.

La ansiedad dental también puede transformarse en fobia dental, por lo cual una cita dental se convierte en una experiencia completamente horrorosa. Las mujeres con fobia dental grave están aterrorizadas y en pánico cuando llega el momento de ver al dentista y con frecuencia evitan la cita dental por completo. Si se les obliga a ir, generalmente no duermen la noche anterior o se indisponen en la sala de espera,muchas pacientes con fobia dental grave han pospuesto su tratamiento dental por años debido al temor a los dentistas, esto da comoresultado una mala salud bucal y si además se embaraza esto ayudara a completar un pésimo estado bucal por los cambios hormonales anteriormente descritos.

En personas con discapacidad psíquica aumenta su miedo a los tratamientos odontológicos debido a su falta de comprensión, así como también las pacientes que padecen enfermedades crónicas y graves suelen presentar menos ansiedad porque consideran un problema menor su estado bucal.

Usualmente, las mujeres que padecen ansiedad dental o fobia dental grave tienen las encías y los dientes infectados, lo que compromete gravemente la capacidad para masticar y digerir adecuadamente los alimentos. De la misma forma, muchas carecen de confianza en sí mismas y se sienten inseguras debido al mal aliento o a una sonrisa poco encantadora. Las mujeres con malos hábitos higiénicos suelen ser más ansiosas, al igual que aquellas que tienen un mal estado bucodental se avergüenzan por el pésimo estado de su boca y temor a burlas o reproches por el descuido.

El miedo a los dentistas, y a acudir a sus consultorios, existe alguna controversia sobre si este miedo es o no "irracional", ya que por lo general la dentó-fobia está causada por malas experiencias previas. Puede discutirse que el miedo a los dentistas es lógico, ya que se requieren instrumentos

metálicos afilados y tornos para ser colocados en la boca, que es una de las áreas del cuerpo humano con mayor sensibilidad al dolor.

Al mismo tiempo, la boca suele ser un sitio que genera pudor a través de ella nos comunicamos, besamos, ingerimos alimentos, por todo ello, es normal que nos sintamos expuestos al estar en la consulta odontológica.

Pero en cuanto se trata de dentó-fobia, se la puede definir diciendo que consiste en un miedo extremo y persistente que da como resultado en que la paciente evite asistir a las consultas odontológicas a cualquier costo, solamente será posible cuando un problema físico se torna inaguantable, incluso pensar o escuchar sobre ir al dentista podrá marcar un estrés psicológico y la fobia puede interferir con un funcionamiento social normal.

Laconcepción ancestral del dentista como un personaje torturante, tiene su origen en el hecho de que la mayoría de los tratamientos dentales son dolorosos y traumáticos, por lo que para un gran número de personas, aún en la actualidad, recibir algún tipo de estos tratamientos es percibido como una experiencia agonizante. El sentirse atada al sillón, como que no puede hacer nada para cambiar la situación y todo su cuerpo se rebele,todo el aparataje del consultorio odontológico o simplemente el temor a lo desconocido.

La Estomatología y los tratamientos que de ella se derivan juegan un rol esencial para el mantenimiento de la salud, por lo que contar con una dentadura sana y una higiene bucal apropiada debía ser preocupación esencial de todas las ciudadanas.

Existen tres elementos diferenciadores entre la ansiedad y los miedos dentales.

El primordial elemento reside en la dimensión temporal entre la conducta y el ambiente propio del tratamiento dental. La ansiedad dental sigue un patrón conductual anticipatorio, evocado por una situación pre-aversiva;es decir, se presenta de manera anticipada al tratamiento.

Los miedos dentales, por el contrario, revisten un carácter contemporáneo al tratamiento, tienen una relación de inmediatez temporal con el tratamiento odontológico.

El segundo elemento de diferenciación es la generalización de la respuesta: la ansiedad dental se da como un patrón de respuesta generalizado, evocado por el contexto global del tratamiento, mientras que los miedos dentales se caracterizan como patrones discriminativos, controlados por estímulos específicos durante el procedimiento.

Finalmente, los elementos operantes-motores por parte del paciente en la ansiedad son de evitación del tratamiento, mientras que los que conllevan los miedos dentales son de escape del tratamiento, que se traducen en comportamiento perturbador u obstaculizan-te durante la intervención.

Otros estudios sugieren que las pacientes ansiosas tienden a sobreestimar la anticipación al dolor, por lo tanto, estos individuos, que sobrestiman el dolor, incrementan el riesgo de finalizar en un círculo vicioso de miedo, ansiedad e inasistencia a consultas, acudiendo reiteradamente a los Servicios de Urgencia cuando la situación se torna insoportable o en el peor de los casos, auto-medicándose antibióticos con la expectativa de así eliminar la causa de su sufrimiento, el dolor, sin la presencia de signos y síntomas clínicos que justifiquen este proceder, junto a diversos y sobre dosificados Antiinflamatorios no Esteroideos, ignorando las posibles y nefastas consecuencias de los mismos, sin estar embarazada peor aún embarazada.

El componente cognitivo de la ansiedad y el miedo al dentista es prominente y puede tener su origen en:

- En una experiencia previa negativa y dolorosa que ha suscitado una réplica condicionada al miedo.
- Por una impresión de indefensión y de pérdida del control en el escenario del consultorio dental.
- Una conmoción de vergüenza por el descuido dental y por el miedo al ridículo.
- Anécdotas atemorizantes de experiencias dentales negativas aprendidas vicariamente.
- Representaciones negativas de los odontólogos en los medios masivos de comunicación.
- Una sensación de despersonalización en el proceso de atención dental, aumentada por el empleo generalizado de barreras e indumentarias de protección (mascarillas, guantes de látex, caretas y otros protectores).
- Por un miedo general a lo inexplorado.

Cuando una mujer quiere disfrutar de una excelente salud bucal y al mismo tiempo el temor a enfrentar al dentista hace que evite el tratamiento, se produce un conflicto de acuerdo al enfoque conductual, pues las tendencias competitivas entre lo que desea y el comportamiento a seguir para lograrlo genera una contradicción que, lastimosamente, en numerosas ocasiones se convierte en una deficiente salud bucal.

Las dificultades para asistir a un consultorio dependen de las experiencias pasadas y antecedentes psicosociales de la paciente, que combinadas disminuyen su capacidad para visitar el odontólogo y contribuyen a determinar el tipo de comportamiento cooperativo o no en el consultorio.

4.4 SIGNIFICADO PSICOSOCIAL DE LA BOCA

Freud estableció a la boca una función importante en el desarrollo psicosexual del individuo, la boca constituye el primer órgano de relación con el mundo y a través de ella el nuevo sujeto obtiene la primera experiencia del sí mismo, que permanentemente permanecerá como núcleo central en la estructura de la personalidad futura. Freud la refirió como la fase oral, la cual es seguida por la fase anal y posteriormente por la fase genital. Esta fase oral dura aproximadamente hasta el año y medio de edad y se caracteriza por el chupeteo de los objetos, como modo de discernimiento del mundo externo.

La boca es el suelo psicológico de las primeras necesidades fisiológicas y gratificaciones emocionales, con ella se toma el gozo al mundo que nos rodea, provee las primeras sensaciones de seguridad, goce, satisfacción y éxito, llevando toda esta actividad oral a las primeras percepciones de sí mismo.

La fase oral es fuente de delectación al realizar el acto de succión del pezón materno, en una primera fase el pecho de la madre se percibe como indiferenciado de sí mismo pues el lactante percibe que él y su entorno son una misma cosa, sin embargo, en un período posterior el niño se dará cuenta que el pecho materno está separado de él, creando así la primera frustración y la primera apreciación de un mundo diferenciado de él mismo. Esta experiencia, correlación niño-pecho materno, implica un modo de relación con el mundo externo, físico y social, por lo mismo cualquier disturbio en esta fase, ya sea por exceso o falta de gratificación, se relacionará con un modo poco adaptado de la persona en el mundo adulto. Igualmente en personas con fijaciones en la fase oral, la zona bucal queda bañada de una carga emocional desmedidamente elevada, llevándolos a necesidades de satisfacción inalcanzables.

Este tipo de personas se determinarán por constantes quejas, náuseas y asco emocionalmente, son personas severas, arbitrarias, dependientes o egoístas.

Más allá del aspecto de las transformaciones del desarrollo en la fase oral, lo relevante es comprender el fuerte significado psicosocial que tiene la zona bucal para el ser humano, de alguna forma en ella estamos enteramente representados y se revela nuestra intimidad. A todo esto debemos recordar el concepto de esquema o imagen corporal, que corresponde a la vivencia psíquica del cuerpo, la que otorga una representación de integridad del yo. En relación a esto, es interesante señalar el fenómeno del miembro fantasma, en el cual la persona sigue percibiendo una

parte del cuerpo que ha sido amputada. La idea que tienen los sujetos sobre la imagen del mismo está mucho más en función de la calidad de la investidura libidinal de este cuerpo que de la realidad, por ejemplo las pacientes anoréxicas se observan efectivamente como obesas, aun cuando estén objetivamente enflaquecidas.

Entonces podemos notar que junto a la realidad de la anatomía objetiva, necesitamos reconocer la realidad de una "anatomía del deseo". La boca desempeña una función importante en el sentimiento de unidad y en la constitución del yo, el ejercicio oral sirve de modelo corporal sobre el cual se apoyan las vivencias psíquicas que acompañan al proceso de identificación, por lo tanto recibe importantes cargas libidinales. Es decir en la boca está simbolizado en forma importante el "yo", pues marca claramente un límite entre el adentro y el afuera y se constituye en un elemento de intercambio con el mundo externo (la comida, el habla, el gusto, etc.), la boca particulariza, hace reconocible lo propio de lo ajeno, en la boca estamos simbolizados íntegramente, por lo mismo es comprensible la dificultad de exponer esta zona del cuerpo tan íntima a otra persona como lo es el odontólogo, que en muchos casos es un desconocido y que además va a realizar intromisiones que tanto objetivamente como subjetivamente implican alguna forma de agresión. Por lo tanto no es tan sólo el daño físico, es la amenaza a la integridad psicológica, a la percepción de sí mismo.

4.5 EXPLICACIONES DE LA ADQUISICIÓN DEL MIEDO DENTAL

No existe una respuesta única ni concluyente para explicar este fenómeno, pero al criterio de la mayoría de los casos esta actitud es debida a experiencias con el dentista cuya significación resulta traumática para la paciente. Los trabajos de Molin y Seeman, citados en Scott y Hirschman, señalan que las personas encuestadas reportan que sus experiencias con el dentista contribuyen significativamente en la generación de ansiedad dental, ellas decían que; la creencia de haber recibido un tratamiento inadecuado y el manejo grosero por parte del profesional, eran los factores que más ayudaban al desarrollo de ansiedad frente al tratamiento odontológico.

En este mismo apartados contiende la posibilidad de que la alta ansiedad tenga que ver con una mayor sensibilidad a los procedimientos dolorosos, es por esto que, se maneja algunas hipótesis, una de las hipótesis que se maneja es que esos pacientes son hipersensibles al dolor en general, sin embargo otros estudios citados por Scott y Hirschmanmuestran que la baja tolerancia al dolor es específica al tratamiento dental. Sin embargo algunos investigadores han propuesto que la ansiedad dental es sólo una faceta de una alta ansiedad generalizada la que se manifiesta de diversas maneras. Otras hipótesis muestran a que esta ansiedad se origina por traspaso de padres-hijos de actitudes desfavorables hacia el dentista como también por aprendizaje social, a través de las interacciones con otras personas que cuentan historias de horror respecto al tratamiento dental.

Gale diseñó una escala que le permitió calcular situaciones relacionadas a la atención dental que causaban más miedo a los pacientes, al hacer un ranking de las aseveraciones que recibieron más puntaje, resultaron como las más de temer; la extracción dentaria, el fresado dental y una mala opinión de los dentistas respecto a las condiciones de salud oral del paciente, superando esta última al hecho de mantener la jeringa con la aguja expuesta delante del paciente. Gale señala que se debe tener muy en cuenta que la actitud del dentista hacia el paciente condiciona mucho la actitud de éste hacia el cuidado de la salud bucal y hacia el dentista en particular y al respecto señala que un correctivo hacia las condiciones de la boca es percibido por la paciente como una crítica al "sí mismo".

4.6 EL ESTRÉS EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Es conveniente recordar la distinción entre estrés fisiológico y psicológico, siendo el primero una respuesta orgánica a un daño tisular real (por ejemplo una extracción dentaria) y el segundo una respuesta a una amenaza simbólica, sin embargo el estrés psicológico puede connotar consecuencias fisiológicas idénticas a la del estrés fisiológico.

El estrés psicológico implica siempre un problema de adelantamiento del futuro, las personas se estresan por lo que va a pasar, no tanto por lo que está pasando en el momento mismo, ciertamente ese futuro aparecerá como amenazador para la persona.

Lazarus, creó una práctica en la cual las personas eran sometidas a diferentes tipos de inyecciones anestésicas, desde unas que consistían en la inyección de anestésicos con vasoconstrictor hasta otras en que sólo se colocaba la jeringa con la aguja dentro de la boca del paciente, sin realizar punción alguna. Lo importante de esto es que independiente de la situación, las personas desarrollaron un similar patrón de respuestas fisiológicas indicadoras de estrés (medido por reacción electro-dérmica), esto demuestra que la respuesta de estrés no es al daño mismo sino a la percepción subjetiva de amenaza.

A esto aportan dos factores; uno relacionado al tiempo de anticipación y el otro a lo que se piensa o interpreta de la situación estresante. En general se ha observado que mientras más tiempo pasa entre la noticia de exposición al estímulo y la exposición misma, mayor es el nivel de estrés. Por otro lado el nivel de estrés se relaciona directamente con la evaluación cognitiva que haga la persona de la situación en cuestión, es decir, de cómo interpreta el estímulo.

En otro experimento también llevado por Lazarus se observó que en la observación de una película de fuerte contenido traumático, la reacción de las personas dependía en gran parte de la ilustración que se daba del suceso, concluyendo que en la medida que se intelectualizaba o se negaba el consternación de la persona se reducía el nivel de estrés de los observadores de la película.

Por todo lo anterior es interesante señalar que, el desarrollo de estrés depende en gran parte de las características del individuo, principalmente de las ideas que despliega en el enfrentamiento de la situación adversiva, estas ideas (esquemas cognitivos) justamente vienen de experiencias pasadas que han modelado una forma de ver y ser en el mundo, lo interesante es averiguartécnicas que cambien esos esquemas de pensamiento cuando se refieren a procesos dentales vistos como amenazantes.

4.7 EL TRATO DENTISTA – PACIENTE

Es muy importante tomar en cuenta el significado que representa la relación paciente-dentista, una relación que simbólicamente representa las primeras experiencias con la autoridad, ya sea el padre o algún otro significativo.

El instante que la paciente elige a un determinado odontólogo, ya está poniendo en juego su actitud hacia las figuras significativas, cuando ingresa al consultorio dental lleva consigo una serie de prejuicios a la forma de reaccionar frente a los procedimientos odontológicos que comprometen su boca, como al dentista, en cuanto a una figura revestida de autoridad.

La paciente llega al odontólogo con emociones contradictorias, por un lado lo percibe al igual que en toda la profesión médica, como un ser dotado de poderes que le permitirá aliviar sus dolencias, pero así también es a la vez una figura amenazadora, dado por los procedimientos invasivos y eventualmente dolorosos aplicados en la zona bucal.

Además la paciente sufre de otro dilema, sabe que necesita del tratamiento odontológico pero al mismo tiempo aprecia la situación como amenazadora, sin darse cuenta entra en una confusión emocional a más de la que ya tiene por el embarazo llevando a la paciente a un estado de ansiedad, con constantes interrupciones al accionar del dentista, postergaciones de las citas o a lo que es peor a la suspensión del tratamiento.

Es obligación del odontólogo interponerse para disminuir ese estado ansioso, y para lograrlo es fundamental el estilo interpersonal en el cual se desenvuelva la relación paciente-dentista.

A modo que el primer paso será que el dentista debe considerar el estado psicológico dela paciente, pues ésta de alguna manera sufre una regresión infantil, se crea muy dependiente de su dentista en el momento de la atención odontológica y se reanudan las primeras relaciones con figuras de autoridad. El odontólogo instala un poder inmensamente superior al de su paciente cuando éste se halla en el sillón dental, pues metafóricamente se produce nuevamente una restitución de la dinámica padre-hijo.

En las primeras consultas donde se despliegan los sentimientos de la paciente respecto al tratamiento odontológico y al dentista, es esta la oportunidad para que el profesional intervenga positivamente y de esta manera proveer un ambiente psicológico de seguridad, que permita develar temores y ansiedades propias a la situación de atención dental.

El cuidado de la boca es un esfuerzo de dos personas, no el compromiso de una persona sobre la otra. Para que resulte esto el odontólogo debe ser flexible cuando vaya hacer reformas en el plan de tratamiento cada vez que surja alguna necesidad personal en el paciente respecto al mismo.

Entonces sí se maximiza el estatus de igualdad dentista/paciente, al mismo tiempo se minimiza la posibilidad de disrupciones dentro de la interacción. En este sentido es vital percibir que dicha relación está conformada por dos adultos, la cual es única e igualitaria, así se posibilita una interacción objetiva y no fantasiosa, una relación de este tipo no es afectada por la ansiedad o la preocupación de la paciente acerca del tratamiento dental.

Se debe buscar una coalición en el tratamiento, es decir entre la paciente y el dentista puesto que los dos buscan un mismo objetivo, en ese momento la ansiedad dental es una barrera para tal alianza, sin embargo el odontólogo junto a la paciente deben enfrentar las fuentes de esta ansiedad de manera que, más que una entorpecimiento sea una guía para la programación del tratamiento a seguir, así la tarea de diseñar un tratamiento es de común acuerdo, esto fortifica la alianza terapéutica en vez de ablandar a causa de la ansiedad del paciente.

La transferencia debe ser considerada en la atención dental, la paciente en la atención odontológica sufre una retroceso a una etapa infantil y desde esa condición emocional se relaciona con el dentista y reactualiza la regresión a la relación padre-hija. Suministrada la relación de autoridad, visualiza al odontólogo en el rol de padre, es así como el odontólogo puede ser visto como un padre protector ó extremadamente autoritario con gran capacidad de crear miedo o daño.

Los doctores Szasz y Hollender propusieron tres modelos básicos en la relación paciente/dentista;

- Actividad pasividad
- Guía-cooperación
- Participación mutua.

Actividad pasividad.- En esta, elodontólogo le hace algo al paciente, el que a su vez sólo cumple con el rol de recibir el tratamiento, en este modelo se reconstituye la dinámica padre-hijo.

Guía- cooperación.- En la cual, el dentista le dice al paciente lo que le va a hacer, señalando éste su acuerdo, nuevamente se establece una relación padre-hijo.

Participación mutua.- El dentistaaquí le sugiere y negocia con el paciente el tratamiento a realizar, en una clara relación entre adultos de igual condición.

En la última modalidad el doctor reconoce el potencial del paciente y entiende que éste no es un ignorante respecto a lo que se le debe hacer como tratamiento, sino que siempre sabe algo, es en esta interacción donde la alianza de tratamiento se fortalece, beneficiando en definitiva un mayor compromiso de la paciente sobre su propia salud oral.

Las pacientes con problemas conductuales, ansiosas, el cobro de los honorarios y las personas con problemas de personalidad son áreas donde el conocimiento de las técnicas psicológicas resulta de gran utilidad para un mejor manejo de dichas situaciones, por lo que es de suma importancia el conocimiento de psicología en esta rama, afirma el doctor Peñaranda.

Sin embargo, el autor reconoce que en casi todas las acciones odontológicas son necesarios conocimientos y destrezas del ámbito de la psicología, pues en definitiva el éxito del tratamiento en gran parte depende de la actitud, motivación, y conducta del paciente con relación al tratamiento.

Igualmente, no se debe olvidar las consecuencias sobre el ánimo y conducta del profesional tiene acciones desarrolladas por el mismo como por ejemplo el cobro de honorarios, como también las desarrolladas por el paciente. En definitiva, un buen manejo psicológico de la paciente redunda tanto en una mejor calidad y pronóstico del tratamiento, como en una excelente calidad de vida para el odontólogo.

4.8 DESENCADENANTES DE LA ANSIEDAD ODONTOLÓGICA

Los desencadenantes de la ansiedad ante el tratamiento odontológico, las situaciones que originan niveles de ansiedad más altos son, en su orden:

La extracción de una pieza dental, la perforación o fresado de un diente y la mala opinión del odontólogo acerca de la salud o cuidado oral del paciente; el cuarto lugar lo obtuvo la acción de sostener una aguja frente al paciente. Por su parte, la limpieza de los dientes y el escupir los residuos del tratamiento, son las situaciones que menos ansiedad producen.

En otro estudio, realizado por Doerr y Col (2004) se reporta que uno de los elementos más recurrentemente informados como desencadenantes de ansiedad es la percepción de enojo del

odontólogo o escuchar comentarios desagradables por parte de éste, respecto del estado dental del paciente.

Recientemente estudios realizados por (Márquez y Cols., 2004) permiten concluir que aunque situaciones como inyecciones en las encías, o sangrado de la boca generan ansiedad, los niveles más altos están relacionados con eventos como la posibilidad de contagiarse de una infección por medio del instrumental odontológico, así como el riesgo de ser herido en alguna parte de la boca durante el procedimiento.

Por otra parte, Pérez y Cols. (2002) y Trina (2005) reportan que la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico está relacionada con experiencias previas en servicios de salud y otras situaciones experimentadas tales como problemas familiares, claustrofobia, abuso sexual, físico o psicológico, ataques de pánico y agorafobia, entre otros.

La reacción ante el tratamiento odontológico en estos casos se presenta gracias al incremento en la reactividad emocional resultado de las otras situaciones estresantes que vive el paciente, esto es, se puede afirmar que tener problemas familiares se convierte en un factor disposiciónal para la presentación de ansiedad al tratamiento odontológico.

4.9 ATRIBUTOS DE LAS PACIENTES CON MIEDO AL ODONTÓLOGO

- Se avergüenzan enormemente.
- Un estado de salud general extremadamente malo durante la fase de miedo
- Muy poca confianza en los dentistas.
- Extensos y complejos daños en la dentadura demasiado exigentes para un dentista normal.
- Llantos
- Gritos
- Berrinches
- Pacientes tímidos
- Hipersensibles al dolor.
- Utilizan técnicas perentorias.
- Mantienen conductas desorganizadas.
- Angustia
- Se manifiestan en el ámbito de nuestro cuerpo por señales muy molestas como: enrojecimiento – sudoración – dolor en el pecho – falta de aire – boca seca – problemas gastrointestinales.
- Es común sentirse inmovilizado en el sillón del dentista.
- Los pensamientos de estar limitado conducen solo a pensamientos de escape.

- Retrasar o eludir las citas con el odontólogo.

4.9.1 Las conductas de evitación

Se comporta de manera que evita encontrar el objeto tabú, lo que conduce a conductas de fuga muy diversas.

4.9.2 Las conductas de tranquilizarían

Se trata sobre todo de no estar solo en la sala de espera.

El carácter fóbico

El carácter fóbico son los rasgos de comportamiento que pueden constituir el armazón característico del neurótico fóbico, con o sin síntomas ("neurosis latente").

El constante estado de alerta

El fóbico se alarma ante todo lo que surge de sí mismo, del claroscuro del mundo interior. Tiende a proyectar fuera de sí el drama que vive, y va hasta una verdadera negación del mundo imaginario, del que es prisionero. Se defiende contra sus pulsiones, negándolas.

La actitud de huida

Hay dos maneras opuestas:

Una es la actitud pasiva;

La otra, constituye un comportamiento de desafío.El comportamiento de súper-ocupaciones: no pueden permanecer desocupados un minuto.

Evolución

El sujeto emplea mil astucias para ocultar sus miedos y sus medios para tranquilizarse. La neurosis fóbica puede estabilizarse, incluso con síntomas molestos; o descomponerse.

Se expresa a tres niveles bien distintos: psicológico, somático y conductual. Los principales síntomas del nivel psicológico son la inquietud, la tensión que puede amplificarse hasta llegar al miedo, la angustia e incluso el pánico, además, las funciones cognitivas de atención, de percepción, de razonamiento y de aprendizaje pueden estar alteradas.

Los pacientes suelen anteponer los síntomas somáticos. Pueden ser de tipo cardiovascular, neurológico o gastrointestinal.

Por último, los síntomas conductuales pueden oscilar de una inhibición significativa hasta la agitación. Estos distintos síntomas pueden ser agudos o, al contrario, crónicos. A veces, los síntomas psicológicos y cognitivos pueden estar en el primer plano; otras veces, los síntomas psicológicos o conductuales son los más visibles y llamativos.

Al mismo tiempo, es obvio que la historia del desarrollo, las prácticas de socialización y las experiencias de aprendizaje contribuyen a la adquisición y mantenimiento de las conductas fóbicas y de evitación.

La explicación más cuidadosa a estos hallazgos es que los factores biológicos contribuyen a cierta susceptibilidad o sensibilidad dentro del funcionamiento bioquímico del cerebro, que sumado a factores precipitantes medioambientales y aspectos peculiares del aprendizaje, provocan una serie de conductas mal adaptativas de evitación, es decir, que el sujeto afectado se ve obligado, por ejemplo y de acuerdo al tipo de fobia que padezca.

CAPITULO V

5. ENFOQUE COGNITIVO –CONDUCTUAL

5.1 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Las teorías Cognitivo-Conductual se originan a partir del final de la década de los cincuenta (Beck, 1963,1967; Ellis ,1957 a 1958ª, 1962; Lewinsohn, 1974; Seligman, 1975). Su amplia utilización ha permitido la recogida de datos que corroboran su validez.

Sin embargo, la hipótesis que sostiene que el factor cognitivo"causa" la depresión ha sido seriamente cuestionada. Algunos autores (p.EJ., Coyne y Gotlib,1983) consideran que las pruebas empíricas en las que se basa esta relación causa-efecto carecen de solidez; otros (p.ej., Mc-Knight et al., 1984) ven la depresión como un concepto polidimensional y multifacético en lugar de unitario, donde factores específicos de personalidad (Clark y Hemsley, 1984) juegan un papel importante en la manifestación de ideas negativas asociadas con la depresión ; Un tercer grupo (p. ej., Cochran y Hammen, 1985,Silverman , Silverman y Eardley,1984) genera datos que contradicen el orden de los factores, es decir que es la depresión la que parece generar pensamientos negativos y no al contrario.

La terapia cognitivo-conductual es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias des-adaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas , más adaptativas.

Las terapia cognitivo-conductual comparte las siguientes suposiciones.

- Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales en vez de los acontecimientos mismos.
- El aprendizaje ésta mediado cognitivamente;
- La cognición media la disfunción emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)
- Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse;

- La modificación de las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta.
- Tanto los procedimientos cognitivos como los conductuales para el cambio son deseables y se pueden integrar en las intervenciones.

Algunas de las principales características de la terapia cognitivo-conductual serían las siguientes:

1.-Las variables cognitivas constituyen importantes mecanismos casuales

2.-Los objetivos específicos de algunos procedimientos y técnicas son cognitivos.

3.-Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, especialmente de las variables cognitivas.

4.-Se emplean estrategias conductuales y cognitivas en el intento de modificar las cogniciones.

5.-Se pone un notable énfasis en la verificación empírica.

6.-La terapia es de duración breve

7.-La terapia es una colaboración entre terapeuta y paciente

8.-Los terapeutas cognitivo-conductuales son directivos.

Los psicólogos clínicos cognitivos-conductuales creen que el cambio de los síntomas tiene lugar una vez producido el cambio cognitivo; este último se origina a través de una serie de posibles intervenciones incluyendo la práctica de nuevas conductas, el análisis de patrones erróneos de pensamiento y la enseñanza de un dialogo con uno mismo más adaptativo, estando relacionado también el mantenimiento posterior de las ganancias con los cambios cognitivos.

Aplicamos una estrategia para que el paciente aprenda nuevas habilidades de acuerdo a sus particulares dificultades (habilidades sociales para comunicarse o resolver conflictos, técnicas de relajación y respiración, habilidades cognitivas, habilidades de resolución de problemas, etc.). Utilizamos diversos recursos: dividir el aprendizaje en pasos graduales, practicar las conductas mediante role-plays, proponer ejemplos y modelos, entrenarse para corregir errores, focalizando los problemas de manera puntual. En los casos de patrones de comunicación disfuncionales, la terapia cognitivo-conductual busca identificar y explicitar los esquemas interpersonales (patrones estables que determinan cómo actuar en los vínculos y cómo interpretar la conducta del otro). Una vez que los identifica, desarrolla habilidades cognitivas para cuestionarlos y buscar alternativas, y genera las experiencias interpersonales correctivas que puedan desmentirlos.

En los trastornos de ansiedad encontramos conductas de evitación que incapacitan al paciente (quien deja de hacer cosas que otros pueden hacer) y mantienen su trastorno (ya que el alivio de escapar refuerza la conducta de escape, y a la vez le impide experimentar que el estímulo no es peligroso, experiencia que eliminaría la respuesta de ansiedad).

Cuando se solucionan los problemas por los cuales el paciente acudió a terapia, se busca generalizar los resultados (que el paciente pueda aplicar lo que aprendió a otras áreas) y prevenir recaídas (se anticipan situaciones problemáticas futuras y se trabajan recursos para enfrentarlas).

En este punto, si el paciente desea trabajar otros temas se replantean los objetivos del tratamiento, y si desea concluir se da por terminada la terapia, dejando abierta la posibilidad de que vuelva después de unos meses para chequear y repasar los recursos adquiridos, o cada vez que tenga otros problemas que desee abordar. (Lega, 2002)

Albert Bandura estudia el aprendizaje a través de la observación y el autocontrol y da una importancia relevante al papel que juegan los medios, Bandura acepta que los humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental rechazando así que nuestro aprendizaje se realicen según el modelo conductista; pone de relieve como la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayuden al sujeto a decir si lo observado se imita o no también si mediante un modelo social significativo se adquiere una conducta.

5.2 QUIEN DEBE DIAGNOSTICAR UNA FOBIA

Un psiquiatra o un psicólogo son los expertos de la salud mental calificados, los que normalmente diagnostican los trastornos de ansiedad a partir de una evaluación completa. A.

Existen personas que consideran a veces sin fundamento y en base a eso se empieza a encasillar al niño, adolescente o adulto bajo una circunstancia psicológica o psiquiátrica específica, y esto lejos de hacer un bien, hace mucho daño.

Es importante ser comprometido con la salud mental de nuestros hijos y por lo tanto el diagnóstico de fobia lo debe hacer una persona calificada, particularmente un psicólogo o psiquiatra que tenga una capacitación adecuada, así ayudaremos que hoy que nuestros hijos o hijas que son adultos no tengan problemas por padecer de una fobia.

Los progenitores que observen signos de ansiedad severa al ir donde el odontólogo en sus hijos o hijas adolescentes, pueden ayudarlo buscando una evaluación y tratamiento temprano, en eso debe de basarse la ayuda que los adultos pueden darles, evitarían que más adelante su boca tenga problemas de caries, perdidas etc..

Un tratamiento tempranologra prevenir problemas futuros, es decir, si un niña de 5 ó 6 años empieza a evidenciar temores absurdos, fobias y ansiedades, eso la va a limitar en muchos sentidos para un desarrollo emocional estable.

Siempre debemos tratar cualquier sufrimiento sea físico o mental lo más pronto posible, será mucho mejor que dejar pasar el tiempo, esto todos lo sabemos y creo que la gran mayoría de las personas en la sociedad en la que vivimos están juiciosos de esto, por eso cuando estemos ante estos síntomas o puntos que anteriormente mencionábamos, hay preocupación fundada de que puede tratarse de un problema de fobia y es un momento adecuado para acercarnos con aquellos expertos que nos pueden ayudar en esa área.

En el diagnóstico de las fobias, debemos de tomar en cuenta algo en particular que en el trastorno de pánico, puede ser difícil el diagnóstico en niños y adolescentes, cuando hay una fobia específica es más fácil llegar al diagnóstico, tal vez sea necesario hacer varias evaluaciones por el profesional o especialista y pruebas en diversos ambientes para poder llegar a la conclusión o descartar que se trata precisamente de un trastorno de pánico. Hay ciertas circunstancias donde el diagnóstico es fácil, y hay otras donde el trastorno de pánico puede ser complicado.

En contradicción de los niños, los adolescentes, pueden dar la razón que el temor es excesivo o irracional, en la mayoría de los casos el estímulo de fobia se evita.Estos síntomas generan alteraciones en el funcionamiento escolar, social o familiar, este temor identificado debe durar al menos seis meses para ser considerado una fobia en lugar de un temor pasajero. El objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente al objeto o situación.por ejemplo el temor a ir al odontólogo por miedo al dolor.

5.3 DINÁMICAS DE LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS EN LOS ADULTOS

Después de identificar al paciente ansioso

Es por esta razón que los pacientes ansiosos que deben pasar por procedimientos restaurativos se manejan a menudo usando la regla de las “4 S”, que apunta a reducir los provocantes de estrés:

- Sentido de la vista (ej.: agujas fresas)
- Sentido del oído (o sonidos como excavación)
- Sensaciones (vibraciones de alta frecuencia – con un alto factor de molestia)
- Sentido del olfato (olores clínicos, como el eugenol y agentes adhesivos)

Luego de identificar a un paciente ansioso o temeroso, puede ponerse en Funcionamiento una serie de medidas, por ejemplo:

Dar suficiente tiempo para la cita dental, Minimizar los factores provocadores, siguiendo el principio de las “4 S” descrito anteriormente, como cambiar la configuración del consultorio, el asistente dental puede colocar los instrumentos donde no se vean o puede cubrirlos, o podría rociar la sala de tratamiento con una fragancia para reducir el aroma clínico, Introducir métodos de relajamiento.

Proveer de control adicional durante el procedimiento, Usar técnicas de distracción, como música con audífonos, anteojos de video, y anteojos de realidad virtual (especialmente para adultos), Dar anestesia más eficiente o usar métodos complementarios, como inyectores peristálticos, cremas tópicas, y estimulación nerviosa trans-cutánea,

Remitir a especialistas cognitivos o de comportamiento o psicólogos para manejo de ansiedad y terapia de comportamiento, Dar sedación consciente usando agentes farmacológicos.

Al usar una estrategia multifacética en lugar de confiarse en una sola, se mejora la posibilidad del éxito. El manejo de pacientes con ansiedad variará dependiendo de factores tales como edad de los pacientes, grado previsto de cooperación, y su historia médica y/o dental.

El proceder del dentista dirigido a reducir la ansiedad (como mantener maneras calmadas, ser amistoso, dar apoyo moral, ser reconfortante respecto al dolor, prevenir el dolor, y trabajar eficientemente) ha probado reducir la ansiedad.

Uno de los factores más importantes en la prevención de los temores odontológicos es una buena relación odontólogo –paciente. La comunicación verbal es importante pero aquí hablaremos primero de la comunicación no verbal.

Las consultas odontológicas difieren de otras especialidades médicas en el espacio, la distancia y la posición de los participantes. Los consultorios odontológicos no suelen disponer de un lugar aparte para desarrollar la historia, el tratamiento y el examen.

Señaladas funciones se realizan con el paciente acostado en el sillón, mientras el odontólogo permanece de pie o sentado a mayor altura que él, si bien ahora los odontólogos pueden sentarse junto al paciente pues el sillón se inclina y baja.

También la vista al odontólogo es un encuentro cercano, por que con frecuencia el profesional se halla a 75 cm del enfermo. La cercanía determina que la historia odontológica se convierta en un contacto cara a cara constante, a menos que el paciente y el odontólogo eviten mirarse mientras conversa.

La moderna preocupación sobre la transmisión de enfermedades, en particular el sida, es un elemento nuevo en los aspectos manuales de la relación dental. En la actualidad, los odontólogos usan guantes y mascarillas durante el tratamiento.

Existen personas espontaneas que hacen y dicen lo que quieren expresar, actúan sin ser defensivas y no se refugian en un rol por ejemplo en el rol del médico paternalista- autoritario. El odontólogo que es genuino firme y comprensivo, trasmite estas mismas sensaciones al paciente mediante su conducta verbal y no verbal. Sus pacientes se sienten comprendidos y saben que pueden confiar en el; su fortaleza fomenta dicha confianza creando un clima de empatía que permite una buena relación entre odontólogo-paciente. Cuando se logra crear una alianza terapéutica, los pacientes aceptan mejor la sugerencia de su médico.

La comunicación no verbal es importante en toda relación humana, y útil e indispensable en la relación odontólogo-paciente, puesto que este trabaja en la boca y, por tanto, sus pacientes no pueden hablar.

La Mirada

Ciertos pacientes tienen una mirada aterrorizada, unos la muestran errante y otros cierran los ojos, mientras que otros los fijan en el odontólogo de forma perentoria. La mirada sirve para expresar tanto nuestras emociones como nuestros deseos. Ciertas personas ansiosas y temerosas necesitan controlar cuanto sucede a su alrededor.

Cuando el paciente logra abandonarse y cerrar los ojos, a menudo desaparece la tensión muscular que dificulta el trabajo del odontólogo.

La Mímica

La mímica facial, el tono y el timbre de voz son indicadores excelentes del estado de ánimo. “La cara es el espejo del alma” y, en efecto, ciertos músculos faciales revelan las emociones básicas del ser humano (miedo, sorpresa o excitación).La mímica constituye para el odontólogo un excelente termómetro del estado anímico del paciente y de su disposición a colaborar.

Los componentes de la ansiedad.

Una metáfora que explica el significado de la exposición, es la de hacerse amigo de la ansiedad. Para hacerse amigo de una persona hay que cultivar su amistad, es decir, dedicarla tiempo, conocerla, no rechazarla, dejarla que llegue a nosotros y que se muestre tal y como es, con todas sus capacidades, para ello tenemos que dejarle la libertad de realizar sus deseos y que campe por sus respetos, que pueda mostrarse plenamente como es, sin ponerle cortapisas en su acción,

conocer que quiere hacernos, que es realmente capaz de realizar y dejárselo hacer. Como elemento muy importante del conocimiento de los amigos está saber lo que dicen que hacen y distinguirlo de aquello que hacen realmente, los hay que son un poco faroleros y cumplen aquello de que "del dicho al hecho hay mucho trecho". La ansiedad es catastrofista, pero sus negras predicciones no siempre se cumplen.

La ansiedad como toda respuesta humana se puede contemplar desde los distintos ángulos que se consideran clásicamente en psicología, el cognitivo, el conductual y el emocional. Hay que aclarar que no se trata de componentes independientes, sino de distintos puntos de vista del mismo fenómeno.

Por eso, si se comienza estudiando las cogniciones, es decir, los pensamientos, se verá que se asocian a emociones y sensaciones y que ambos, pensamientos y emociones, tienen la misión de favorecer la emisión de las conductas. Si se observa el proceso desde la conducta se ve que se tiene que dar una preparación emocional y cognitiva para realizarla y si se hace desde el punto de vista emocional se comprueba que las emociones son preparaciones para actuar que conllevan asociados pensamientos y sensaciones.

La intención paradójica es una técnica proveniente de otras orientaciones de la psicología. Consiste en indicar al paciente que en lugar de evitar la situación que realice conscientemente todas las conductas para que aquello ocurra. Desde el punto de vista cognitivo conductual es una inundación, porque se enfrenta al estímulo sin realizar las conductas de evitación.

5.4 TÉCNICAS COGNITIVO- CONDUCTUAL HABITUALMENTE UTILIZADAS

Hay estudios que demuestran que la combinación de la terapia cognitivo conductual junto con ciertos Psico-fármacos, como las Benzodiazepinascombaten la ansiedad y producen pocos efectos secundarios con la excepción de la somnolencia pero el uso de estos los puede llevar a ser dependientes del medicamento; tiene efectividad en aproximadamente el 80 ó 90 por ciento de las personas con trastornos de pánico. Generalmente se suele apreciar una significativa mejoría aproximadamente 6 a 8 semanas después de haber iniciado el tratamiento.

Como señala el neurólogo Marco Battaglia de la Universidad de San Raffaela de Milán, "psicología y biología están íntimamente ligadas". Battaglia y su equipo han hecho público este mes de febrero el descubrimiento de que al bloquear la acetilcolina, un neurotransmisor hasta ahora relacionado con enfermedades degenerativas como el Parkinson, podía conseguirse inmunizar temporalmente al paciente de ciertos síntomas como la sensación de ahogo que acompaña siempre al ataque de pánico. Sin embargo, estos fármacos concretamente, presentan una serie de efectos secundarios perjudiciales, que desaconsejan por completo su utilización, al menos hasta que su efectividad sea

mayor que los efectos colaterales que llevan asociados.Por otro lado, los psicofármacos que generalmente se utilizan en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, aunque no son curativos en ningún caso, pueden ser efectivos para mitigar los síntomas de la ansiedad, lo cual a veces es imprescindible y en este sentido favorecer la curación.

Dentro de las técnicas conductuales, una de las más utilizadas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, es el entrenamiento en respiración diafragmática. Se trata de un tipo de respiración consistente en la realización de respiraciones lentas y profundas, que movilizan más el abdomen, haciendo trabajar más al diafragma y permitiendo así una mayor oxigenación en la parte inferior de los pulmones, pero que sobre todo aminora el exceso general de oxígeno provocado por la hiperventilación que las personas que sufren de ansiedad presentan frecuentemente.

Cuando se produce la crisis de ansiedad, el organismo comienza a hiperventilar, es decir, a realizar una serie de respiraciones rápidas y superficiales, que permiten la entrada de pequeñas cantidades de aire, a la vez que grandes cantidades de oxígeno que pueden provocar taquicardias, mareos y otros síntomas, como cosquilleo en los miembros periféricos, manos o pies, etc.

La terapia cognitivo conductual, por otro lado pretende enseñar a los pacientes a interpretar los estímulos de forma diferente, es decir, a reaccionar de forma diferente en las situaciones y ante las sensaciones corporales que desatan los ataques de pánico y otros síntomas de ansiedad. Uno de los principales objetivos de la terapia cognitivo conductual, es enseñar al paciente a ver las situaciones de pánico de manera diferente, así como enseñarle distintos medios para reducir los síntomas de la ansiedad. Los pacientes aprenden a comprender la forma en que su manera de pensar contribuye a que se produzcan sus síntomas y cómo cambiar sus pensamientos para disminuir la posibilidad de que estos síntomas se repitan.

Por ejemplo, alguien que durante el ataque de pánico manifiesta tener grandes mareos y teme o tiene la sensación de que se va a morir, puede recibir ayuda con la siguiente técnica: Se le pide al paciente que dé vueltas en un mismo lugar hasta que se maree. Esto hará que se familiarice con el síntoma del mareo, no asociado al ataque de pánico. Cuando sin embargo, el paciente esté ante una crisis comenzaría a pensar: "me voy a morir", sin embargo, habrá aprendido a reemplazar ese pensamiento incorrecto, por otro más apropiado como "no es más que un pequeño mareo y puedo controlarlo".

Otra técnica que se usa en la terapia cognitivo conductual, conocida como desensibilización sistemática, consiste en exponer poco a poco a las personas a la situación temida a consecuencia del trastorno de pánico, hasta que lleguen a hacerse insensibles a ella. Cuando la crisis de pánico se desencadena más de una vez en un mismo lugar (por ejemplo en un gran almacén), en ocasiones ocurre que este sujeto desarrolla además, una fobia específica a ese lugar, es decir, es incapaz de

entrar en cualquier gran almacén. En estos casos suele ser efectiva esta técnica, que básicamente consiste en la exposición gradual del paciente a la situación.

Esto también a veces se llama terapia graduada de la exposición o exposición gradual. Por ejemplo, para un paciente que sea temeroso de inyecciones dentales, el terapeuta primero enseña habilidades de la relajación al paciente, en seguida introduce gradualmente el objeto temido (en este caso, la aguja y/o la jeringuilla) al paciente, animando al paciente que maneje su miedo que usa las habilidades de la relajación enseñó previamente.

El paciente progresa en los pasos de recibir una inyección dental mientras que usa las habilidades de la relajación, hasta que el paciente puede recibir con éxito una inyección dental mientras que experimenta poco a ningún miedo. Este método se ha demostrado para ser eficaz en tratar el miedo de inyecciones dentales.

Técnicas farmacológicas para manejar la gama dental del miedo de suave sedación anestesia general, y sea de uso frecuente por los dentistas conjuntamente con del comportamiento técnicas. Una medicación ansiedad-reductora común usada en odontología es óxido nitroso (también conocido como “gas que ríe”), que se inhala a través de una máscara usada en la nariz y causa sensaciones de la relajación y de la disociación.

Esta técnica debe ser guiada y dirigida por un especialista (psicólogo generalmente), que sepa exactamente cómo, en qué momento y en qué medida hay que exponer al sujeto a la situación.

Sin duda, lo peor que se puede hacer es intentar evitar esas situaciones en las que uno cree que podría suceder la crisis.

¿Qué debe hacerse cuando empiezan a notarse síntomas de ansiedad?

En algunas ocasiones, los primeros indicios del comienzo de una crisis de ansiedad, suelen manifestarse mediante un ligero cosquilleo en las manos. Esto significa que hay un exceso de oxigenación provocado por hiperventilación como ya hemos explicado. En este momento resulta ideal la respiración diafragmática, respiraciones lentas, reteniendo el aire con la inspiración y expulsándolo con la mayor lentitud posible.

Lo ideal es inspirar llenando los pulmones al máximo a la vez que observamos cómo aumenta el volumen de nuestro abdomen, retener un poco el aire e inmediatamente expulsarlo lentamente, de tal forma que la espiración dure aproximadamente el doble que la inspiración. En ocasiones se utiliza una bolsa de plástico para respirar dentro de ella, de tal manera que después de unos minutos se consigue reducir el nivel de oxígeno en el organismo y desaparece la sensación de cosquilleo.

Otro síntoma anticipatorio suele ser una sensación repentina de pérdida de equilibrio, mareo o inestabilidad. En estas situaciones, es recomendable no fijar la atención en nuestro cuerpo y por el contrario, focalizarla hacia el exterior. Por ejemplo, dirigir la vista hacia algo lejano, intentando identificarlo, puede ayudar a recuperar o mantener el equilibrio.

Se trata de dirigir la atención visual en una dirección distinta a nuestro cuerpo. Igualmente se puede hacer este mismo ejercicio con el resto de los sentidos, enfocándolos siempre hacia el exterior, nunca hacia nuestro cuerpo. Intentar identificar sonidos lejanos, coches, voces o cualquier otra cosa, puede ser un sistema válido para conseguir desenfocar nuestra atención del problema.

Hay que dedicar el tiempo que sea necesario para conseguir relajarse. Una vez se ha logrado evitar o aminorar la situación de crisis, no está de más siempre gratificarnos con alguna pequeña satisfacción. A fin de cuentas la correcta realización de estas instrucciones, requiere un cierto entrenamiento y conseguir el resultado adecuado, es un logro que nos aproxima hacia el control futuro de nuestro cuerpo y por tanto a la solución del problema

5.5 CONTROL DE ANSIEDAD CON TERAPIA DE COMPORTAMIENTO

- Conversar con el paciente antes de iniciar el tratamiento, informar lo que le será realizado de una manera fácil y comprensible, es importante que el dentista aprenda técnicas de comunicación y mantenga un ambiente relajado y agradable, potenciando la sinceridad y la comprensión.
- Explicar al paciente las implicaciones de los comportamientos impropios tales como movimientos de cabeza.
- Tratamiento de relajación.
- Terapia Cognitiva, Desensibilización Sistemática y Terapia de Exposición gradual al elemento fóbico, con ejecución de técnicas de relajación y de respiración en la cual los pacientes se exponen gradualmente a lo que los asusta hasta que el miedo comienza a desaparecer. Tres cuartas partes de pacientes se benefician grandemente con este tratamiento. Los ejercicios de relajación y respiración también contribuyen a reducir los síntomas de ansiedad.
- Programar procedimientos más simples para el inicio del tratamiento.
- Debe tener también en cuenta que cada persona tiene una percepción distinta del dolor, y lo que para unos puede ser un procedimiento inofensivo, para otros puede ser extraordinariamente molesto. Es importante crear un ambiente familiar en el que se fomentan las visitas regulares al dentista y una actitud positiva hacia los cuidados dentales para evitar que en los más pequeños aparezca la fobia al dentista. El profesional tiene que

diseñar sus propias estrategias para evaluar la percepción individual y familiar del dolor y del trauma. Además, el dentista debe intentar evitar en lo menor posible el dolor.

Temor al dentista

Nada menos que una de cada cinco personas en el mundo sufre esa paralizante fobia al dentista y les horroriza la idea de visitar a un dentista. Nada que ver con los pacientes con miedo al dentista, que es otro grupo que abarca 2/3 de la población. Y los que sentimos desagrado completamos el resto de un panorama del que queda al margen apenas un 5%. En Estados Unidos solamente, se calcula que hay por lo menos entre 30 y 40 millones de personas odonto-fóbicas. Cuesta creer los tremendos dolores muy reales que puede soportar una persona con tal de no acudir al dentista por temor al dolor.

Definiendo miedos

Aclarando que los enormes progresos científicos no cambiaron la situación existente hace 100 años. Porque la fobia y la ansiedad van mucho más allá de un miedo al dolor, que es fácil de remediar.

Como quienes sufren de sólo pensar en quedar atrapados en un ascensor, hay quienes tienen terror al dentista, quieren ir, pero no pueden. Tienen desmesuradas reacciones físicas y del ánimo, como malestar profundo e impreciso (90% de las veces), corazones que galopan (35%), náuseas. dolor en el pecho, sudoración (75%), falta de aire, boca seca, calores o fríos y transpiración, hiperventilación, tensión de todos los músculos (60%) y turbulencias gastrointestinales, por separado o todo junto. En conjunto constituyen la manifestación de la respuesta del cuerpo de huir de cualquier modo. Huida que incluye cuidarse menos la boca, casi como si le tuvieran rabia. Y peor aun cuando se ven la boca deteriorada.

Por tremendo que sea todo esto, se puede transformar a un fóbico en una persona corriente, en no más de 5 a 20 sesiones, no en interminables visitas.

Desagrado: ¡Seamos sinceros! A nadie le gusta visitar al dentista, eso de estar encajado en un sillón con alguien que cada tanto le dice “quédese quieto,” le hace cosas en la boca y uno ahí atrapado. Ni a mí me agrada, pero sé que debo visitar al dentista para nonecesitarloy me evito dolores de muelas.

Miedo: Recelo o aprensión ante un peligro real, presente o previsto. Afecta la vida social, familiar, laboral, sentimental y de estudio. El dentista remedia miedos “lógicos” como al dolor, a la inyección o al torno. Es el más fácil de calmar con un dentista comprensivo.

Ansiedad: Recelo o aprensión inmotivado y tensión frente a una amenaza no identificada. Va más allá del miedo concreto, es una emoción más profunda que aleja del tratamiento y la prevención. No reconoce un porqué y el dentista debe poner la mayor dedicación.

Fobia: Es un miedo que se reconoce excesivo e irracional y que obliga a evitar, como sea, el objeto, actividad o situación de terror. Es exagerado, fuera de proporción con aquello que lo causa, volar, ascensores, espacios cerrados, oscuridad, ir al dentista, y aun gatos o sapos o cualquier bicho inofensivo.

El paciente experimenta una reacción ansiosa desproporcionada, que puede causar una crisis de pánico, ante el objeto o situación causante. Conduce a un marcado malestar o interfiere con la vida. A los fóbicos necesitan algo más que la comprensión y la paciencia del dentista. Pero éste debe complementar la terapia psicológica con esas cualidades. Hasta una leve demora en una sala de espera desorganizada puede hacer reaparecer el pánico. Salvo que haya sido bien preparado por un buen dentista, un hombre no dirá que tiene miedo... Directamente no aparecerá por el consultorio por más que lo mate el dolor o se desmayará del susto si lo hace. ¿Qué se siente? En mayor o menor grado, quien no encontró alguien que lo trate y maneje bien, lo que siente es lo que sigue:

No quiero perder el control. Sentado en el sillón, siento que manda el dentista, como si fuera mi padre y yo un chico.

Siento vergüenza. No me gusta la idea de que el dentista me diga que no sea cobarde, que me porto como un chico malcriado o que me rete por haberme descuidado la dentadura.

No quiero sufrir. No quiero volver a vivir el dolor que algún mal dentista me causó o las barbaridades que escuché por ahí.

No tengo confianza. No sé si el dentista es bueno, si es comprensivo, si no me va a hacer burla o si va a querer hacer en mi boca lo que le conviene a su bolsillo.

Me va a prohibir de todo. Médicos y dentistas lo primero que hacen es prohibir, cigarrillo, bebidas, dulces, galletitas, de todo.

Me siento mal desde la noche anterior. Me dan ganas de cancelar la visita, aunque así nunca voy a salir del desastre que tengo.

Me siento mal esperando en la recepción. Y peor si no me cumplen con el horario. ¿Qué le estarán haciendo al que está adentro? ¿Qué me harán a mí?

Estoy atado al sillón y no sé qué va a pasar. Un buen dentista sabe que él NO está al mando, sino el paciente que pone la boca y paga, Usted manda, y sólo usted. El dentista sólo propone, usted dispone.

Tengo miedo de ver qué van a usar, no sé qué están preparando. Me asusta tanto saber qué van a usar como no saberlo, ver qué van a usar, como no verlo.

Teme no poder respirar con tantas cosas en la boca. Piense que un dentista comprensivo aceptará que usted le explique todos sus temores y preocupaciones.

Todos estos pensamiento llevan al deseo imperioso de huir de la situación, a no pedir hora, a pedirla y no cumplirla, a llegar tarde, a irritar verbalmente al dentista para quitarle la paciencia al más santo y así sentirse rechazado y con una excusa para no volver.

La cuestión es escaparse, como sea.

Todo esto es propio de miedosos, porque el verdadero fóbico ni aparece por un consultorio. Sólo llega de la mano de una breve psicoterapia.

El miedoso, con un dentista que lo comprenda y escuche, puede convertirse en un valiente. Porque valiente es el que tiene miedo e igual enfrenta sus temores.

Superando el temor (I)

Lo que usted puede hacer para superar temores y lucir bocas sanas y dentaduras hermosas, hace falta comunicación y una buena sociedad entre usted y el dentista.

Vea en qué categoría de paciente entre estas tres se siente ubicado:

No le interesa cuidarse la boca y sólo quiere que le quiten el dolor o la muela cuando sufre mucho.

Se arrepiente de tener la boca en mal estado y quiere superar sus preocupaciones y terrores y lucir una hermosa sonrisa sana, porque sabe que hoy lo puede lograr con la odontología moderna.

No sabe cómo la tecnología puede mejorarle la vida, pero está dispuesto a ver qué se puede hacer por su boca.

Llame por teléfono y dígale al dentista cuál es su problema de miedo, en qué categoría se ubica y pídale una entrevista NO dentro del consultorio mismo.

No tenga vergüenza. Ni por sus temores ni por el estado de su boca. Vergüenza debieran tener quienes lo llevaron a ese estado.

Horarios cumplidos, pacientes más tranquilos. Asegúrese de esto y de que no esperará en la recepción, donde aumentaría su tensión.

Comunicarse es la clave. Procure explicar su problema al dentista y, si lo tiene identificado, decirle cuál cree que es el origen de su temor; por ejemplo, haber sido mal tratado de chico o de grande o haber pasado por una horrenda extirpación de amígdalas, etcétera.

Nada en la primera sesión: ya en el sillón dental, en la segunda o tercera visita, que no le hagan nada fuera de la revisación misma y, quizá, radiografías. Y hágase prometer que en el futuro no se hará nada sin habérselo explicado MUY BIEN previamente.

Su pregunta no molesta: ayuda. Pregunte, pregunte y pregunte. Pregunte hasta tener la sensación de que usted controla la situación y no el dentista.

Música para calmarse; puede llevar su propio MP3 o iPod, o lo que sea. No deje que corte la comunicación con el dentista. La compañía de un amigo o pariente ayuda a algunos.

Anestesia, toda la que usted considere necesaria y aún más. Puede pedir más anestesia si está seguro de que la necesita, pero procure no confundir ruidos y presiones con dolor. No todos tenemos la misma sensibilidad al dolor. Los más sensibles deben recibir más anestesia o se debe esperar más tiempo a que haga efecto o dejar la tarea para otro día.

Relájese o prométase a sí mismo hacer lo posible por lograrlo: piense que el dentista no quiere dañarlo. Procure pensar en otras cosas, como hacer planes para las próximas vacaciones o recordar lo bueno de las pasadas. Una paciente mía se quitaba los zapatos y se dedicaba a mover los dedos de los pies, uno tras otro.

Un ingeniero se tomaba un minuto para relajarse con técnicas yogas. Hay quienes van relajando sus músculos progresivamente o realizan respiraciones especiales.

Elija su método o quizá le sirva alguno que le proponga el dentista.

Señal de ALTO. Con levantar la mano, por ejemplo, el dentista para parar instantáneamente lo que está haciendo; Se usa también una señal sonora, un zumbador o algo así.

Un psicólogo británico, W. G. Cumberbatch, en un experimento, dio a los pacientes un control que paraba el torno y descubrió que no lo detenían más de una o dos veces, porque asumían el control de la situación. La señal puede servir para un descanso o para una pregunta.

También podría ser que un día estime que no está para seguir sentado. Plantéelo no pida hipnosis, ni anestesia general, ni sedación. No es un remedio para su problema. Pero puede pedir un sedante de la ansiedad para antes de la sesión.

No es recomendable beber alcohol con este fin. No concurra con el estómago vacío ni demasiado cargado.Al término de cada sesión, puede concederse a sí mismo una recompensa por haber contribuido al éxito.

Superando el temor (II)

Lo que puede hacer el dentista

Ante todo, el dentista debe ser dueño de una larga experiencia en el trato con pacientes que por temor hace tiempo que no van al dentista. Debe ser sereno, capaz y confiable ante los pacientes aterrorizados y avergonzados por el estado de su boca descuidada por años.
La clave es la comunicación, que el odontólogo debe dominar y el paciente debe colaborar. El dentista o el médico autoritarios son lo peor que le puede ocurrir a un miedoso. En un ambiente relajado, de conversación agradable, comprensión y sinceridad, el profesional escuchará atentamente sus preocupaciones y sus miedos, para después graduar los procedimientos de menor a mayor, según su temor personal.

El consultorio debe reflejar calidez y bienvenida La recepción será acogedora, sin ninguna imagen, olor y ruido que reaviven sus temores. Si el dentista considera que está ante una verdadera fobia, podrá sugerirle una consulta conjunta con psicoterapeuta.

1.-La primera visita la dedicará al mutuo conocimiento, a saber cuáles son las preocupaciones y cuáles los motivos de la visita. Escuchará atentamente cuáles son los temores; puede ser fuera del consultorio. No pasará más allá sin permiso expreso.

2.-En cuyo caso, en la segunda visita podrá anotar la historia médica y odontológica y los temores inmediatos. Podría revisar la boca y tomar las radiografías necesarias.

3.-La tercera visita puede incluir videos, folletos y libros que ilustren las propuestas de plan de tratamiento hecho a su medida. Sirve para aclarar todas las preguntas que surjan.

4.-En visitas siguientes, el profesional le explicará paso por paso qué le hará y cómo hará para que no sienta ningún dolor.

5.-Algunos aplicamos al adulto atemorizado lo que aprendimos para los niños: la técnica de “decir – mostrar—hacer.” Por ejemplo, decir cómo funcionan con aire el torno moderno, mostrar cómo se

puede detener con los dedos y hasta dejárselo tener en las manos, antes de hacer nada. Acordará una señal de ALTO, manual, sonora o la que decidan juntos.

El dentista seguirá siempre con todas las precauciones, pues tendrá muy en cuenta que, si no fuera así, usted podría acobardarse tanto o más que al principio y dejar el tratamiento.

Llegado el momento de la primera anestesia, con todas las explicaciones previas que usted desee, el dentista utilizará los recursos modernos para eliminar la sensación de la inyección, que podría ser molesta, pero nunca dolorosa. Las anestesias actuales son de muy prolongado efecto, no hay riesgo de que se pase durante el trabajo, pero el dentista estará atento a cualquier duda.

El dentista, sólo a pedido suyo, podrá mostrarle el instrumental y su utilidad. Para que no se ponga ansioso, contestará sus preguntas y escuchará sus preocupaciones. Si fuera necesario, le indicará formas de terapia.

La Asociación Dental Norteamericana aprueba el uso de sedantes si hacen falta. Existen terapias medicamentosas alternativas.

5.6 MODIFICACIÓN COGNOSCITIVA

La concepción cognoscitiva de la depresión y los estados de ansiedad, desarrolladas por A. BECK y sus colaboradores, se basa en el descubrimiento de las deformaciones cognoscitivas que acompañan estos estados patológicos y que se manifiestan como pensamientos e imágenes automáticos que crean una especie de "diálogo interior" percibido sólo vagamente por el sujeto debido a la rapidez con que ocurren. ("que estúpido soy", "siempre voy a fracasar", etc.), Sobre la base de estas observaciones se han identificado varios tipos de distorsiones cognoscitivas. Vamos a enumerar aquellas que son importantes para comprender las fobias y daremos ejemplos de los pensamientos Automáticos correspondientes.

a) Todo o Nada. Esta deformación, en la base del carácter perfeccionista, consiste en creer que sólo los extremos opuestos son posibles ("si no tengo éxito completo es porque soy fracasado", "si no hay garantía de que estoy protegido contra todo peligro posible, quiere decir que algo terrible va a ocurrirme", "si descubro la menor falla en mi trabajo eso prueba que soy un inútil"). Esta manera de pensar y enfocar la vida, contribuye a crear una disposición a la depresión y la angustia.

b) Obligaciones rígidas. Esta manera de pensar relacionada con la anterior, aumenta la angustia y el desaliento y favorece una culpabilidad inapropiada: "Debería ser siempre imperturbable, nada debería afectarme", "debo ser aceptado y admirado por todo el mundo, en todo tiempo, para sentirme seguro", "nunca debería desalentarme ni tener miedo". Muchas de las distorsiones siguientes que vamos a mencionar, son variaciones de las dos primeras.

c) Sobre generalización. Esta característica consiste en extender la consecuencia negativa de algún hecho a todos los de la misma naturaleza, sin tomar en cuenta situaciones específicas ni la diversidad de los protagonistas:

"Desde que tuve el accidente, pienso que cada vez que tomo el volante voy a tener otro accidente", "ya no iré más a fiestas, siempre me van a rechazar puesto que esa chicano aceptó bailar conmigo".

d) Filtro mental. Consiste en percibir solamente las experiencias negativas que parecen confirmar los temores: "Tengo razón de no viajar en avión. Acaba de ocurrir otro accidente".

e) Desacreditación de lo positivo. Es un complemento del problema anterior.

Cuando hay numerosas experiencias positivas que pueden neutralizar los temores y el pesimismo, ellas "no cuentan" y se busca explicaciones para "probar" que sólo lo negativo tiene valor: "Es verdad que fui un buen estudiante, pero eso no cuenta puesto que he fallado el último examen".

f) Conclusiones precipitadas. Hay dos variaciones de esta característica:

"Leer el pensamiento" en la cual se interpreta el pensamiento de los otros como desfavorable: "Yo sé que me encuentran ridículo" y "Adivinaciones" la cual es una forma de predecir el futuro: "Si tengo que hablar en público voy a desmayarme".

g) Catastrofismo. Consiste en imaginárselo peor: "Nunca me sentí tan malcomo hoy", "ya me veo muriendo en un accidente".

Una vez estudiados estos tipos de distorsión cognoscitiva, vamos a presentar ejemplo de pensamientos automáticos en diferentes tipos de fobias, seguidos de la intervención terapéutica apropiadas para corregirlos (Modificación Cognoscitiva).

Estas intervenciones están basadas en un estudio cuidadoso de la elaboración de estos errores y no en simples consejos o palabras consoladoras. Los ejemplos son tomados de los casos más frecuentes encontrados en la literatura y de casos estudiados por el autor.

Pensamientos Automáticos Presentes

En toda Clase de Fobias

"Soy un cobarde. Estoy perdiendo control. No puedo tolerar este miedo terrible"; "Si yo fuera perfectamente tranquilo como los otros, sería invulnerable". (Fantasía del "Superhombre").

Modificación Cognoscitiva

Tener miedo no es una prueba de cobardía. Algunos temores son indispensable para proteger nuestra propia vida"; "lo que va a ocurrir es independiente de sus pensamientos. Sus temores no tienen poder mágico como en las supersticiones";"no es necesario ser el Súper hombre para sentirse bien. Usted puede ser simplemente un adulto ordinario".

Pensamientos Automáticos en la Agorafobia

"Puedo morirme antes que alguien me ayude. No podré escapar e ir a la casa. Tengo que ver dónde está la salida para sentirme seguro"; "me vuelvo loco. Voy a perder el control y hacer el ridículo"; "a la gente no le importa si yo me desmayo o si tengo un ataque al corazón. Sólo un amigo de confianza o un familiar pueden ayudarme";"el espacio infinito es amenazador. Me siento perdido"; "me siento sofocado en medio de la muchedumbre".

Modificación Cognoscitiva

"Si usted fuera un niño pequeño perdido en un lugar desconocido, tendría razón de tener miedo"; "ahora como adulto usted es capaz de encontrar su camino o de pedir ayuda"; "los síntomas que usted tiene no conducen a la locura. Su juicio y su capacidad de controlarse no están afectados y usted puede curarse con un tratamiento apropiado"; "hay un territorio privado invisible, como cúpula transparente, que usted siempre lleva alrededor de usted y le sirve de marco de referencia. No se perderá en el espacio infinito"

Pensamiento Automático en la Fobia Social

"La gente me está examinando. Van a descubrir que estoy nervioso. Me encontrarán ridículo y se burlarán o me mirarán con lástima y me sentiré humillado"; "si simpatizarán conmigo, entonces no temería la crítica o el rechazo"; "la audiencia meda tanto miedo que ya no podré hablar y siento que voy a desmayarme".

Modificación Cognoscitiva

"Si la gente lo estuviera examinando, ¿qué aspectos de su persona están valorando? ¿Su fuerza física o su capacidad intelectual?"; "la mayoría de la gente aprecia la bondad y la facilidad de trato más que la fuerza o el prestigio"; "la gente no tiene tiempo de examinarlo como bajo un microscopio.

Ellos tienen sus propios problemas y preocupaciones"; ¿"cree usted realmente que la gente puede adivinar lo que piensa y saber cuánto sufre usted interiormente a causa de sus temores?"; "¿qué

prueba tiene usted de que los otros son perfectamente tranquilos, seguros de sí mismos y felices todo el tiempo?”

De sensibilización Sistémica

Esta técnica derivada de la teoría de aprendizaje consiste en exponer gradualmente al paciente a las imágenes y situaciones reales que le causan temor.

Primero se establece una jerarquía de situaciones ansiógenas gracias a un interrogatorio cuidadoso. Por ejemplo, en un caso de miedo de las serpientes, la situación más grave sería ver una serpiente moviéndose cerca del sujeto, luego ver una serpiente en la televisión o el cinema ,luego en una fotografía o un dibujo, etc.

La situación menos ansiógena sería de pensar simplemente en la palabra “serpiente”. El sujeto es sometido a un entrenamiento de relajamiento muscular progresivo (bajo la hipnosis o siguiendo otras técnicas) y una vez que es capaz de obtener un grado de relajamiento apropiado, se le expone gradualmente a imágenes mentales de las situaciones ansiógenas comenzando por la más baja jerarquía establecida (pensar en la palabra “serpiente”).

Antes de pasar a la categoría siguiente, hay que asegurarse que ha superado el temor a la categoría anterior y que es capaz de exponerse en la realidad la situación ansiógeneas (oír hablar de serpientes sin experimentar temor).

Para obtener esto se le pide primero calificar sus grados de temor de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de miedo y 10 el temor de intensidad máxima. Sólo cuando el grado de ansiedad ha llegado a 0 se pasa a la categoría siguiente (esto puede requerir varias sesiones de tratamiento).

Durante cada exposición a las imágenes ansiógenas, se repiten las sugestiones de calma y relajamiento. Desde el comienzo del tratamiento el paciente es estrenado en la auto-hipnosis, para permitirle practicar los ejercicios de desensibilizaciónen su casa. Al final del tratamiento, el paciente debe ser capaz de hacer frente a la situación que le causaba el máximo de ansiedad y estar tranquilo o por lo menos conconfianza suficiente de modo que el temor ya no interfiere con sus actividades normales.

Las fobias generalmente responden muy bien a las terapéuticas cognoscitivas y de desensibilización, por eso las hemos descrito en detalle. La hipnosis facilita la eficacia debido al grado intenso de concentración y el aumento del acercamiento afectivo con el terapeuta *(rapport*), pero estas técnicas son también muy eficaces cuando se aplican sin la hipnosis.

La modificación cognoscitiva parece preparar al sujeto de una manera favorable para exponerse a la desensibilización progresiva.

5.7 PSICOTERAPIA

5.7.1 Comunicación

La comunicación personal-paciente con los pacientes, juega un papel muy importante en la reducción de la ansiedad. Dar soporte verbal y tranquilidad, es una estrategia utilizada frecuentemente. Para ser efectivos al máximo, este método necesita ser adoptado por todos los miembros del personal con los que el paciente interactúa. Una recepcionista que nota pacientes con ansiedad puede programar tiempo suficiente para la cita, dando a los operadores clínicos algo de tiempo adicional para explicar cuidadosamente los procedimientos, y luego lentamente proceder al tratamiento.

5.7.2 Terapias de relajamiento

Las terapias de relajamiento pueden aumentar el nivel de confianza y dar a los pacientes la sensación de control sobre su propio estado psicológico. Estos métodos pueden ser muy efectivos en pacientes motivados y cooperativos, y puede ser usado antes y durante una cita de tratamiento. Estas técnicas son seguras, no tienen efectos secundarios y dan a los pacientes mayor control sobre sus niveles de ansiedad.

Un método común es la relajación muscular progresiva de Jacobson, que relaja a los pacientes mediante la disminución en tensión física (muscular), y los hace más conscientes tanto de su estado de estrés y excitación como de la manera de tratarlos. Esta mayor sensación de control sobre la situación y sobre sus síntomas de ansiedad debería traducirse en una mayor capacidad para hacer frente al estrés del tratamiento dental. Un esquema simple de relajamiento muscular progresivo involucra tensar y relajar grupos de músculos por turnos, por ejemplo de los pies hasta la mitad inferior del cuerpo, del abdomen hasta tórax, y luego la cabeza y el cuello.

Otro método sencillo para promover la relajación es la respiración rítmica, en donde el paciente inhala usando respiración diafragmática profunda, sosteniendo la inhalación por 5 segundos, luego exhalando durante 5 segundos. Esta respiración rítmica lenta puede combinarse con métodos basados en imaginería con el uso de ciertas palabras, imágenes visuales o pensamientos que están ligados al ritmo de la respiración, por ejemplo usando una palabra clave como ‘CALMA’ en el ciclo de exhalación. Con la práctica repetida, los pacientes pueden pasar más rápidamente a un estado relajado.

Las técnicas de relajamiento y respiración se han usado con éxito en pacientes que temen recibir tratamiento dental; se les puede enseñar fácilmente y pueden ser aplicadas rápidamente en un ambiente dental.

5.7.3 Distracción

Las técnicas de realidad virtual, que involucran el uso de anteojos de color para experimentar las imágenes tridimensionales generadas por computadora durante el tratamiento dental, han demostrado que involucran y relajan a los adultos, pero los resultados son menos positivos con niños. Al usar medidas de distracción y otras reductoras de ansiedad, con experiencias positivas repetidas, el nivel de ansiedad del paciente debería disminuir. Por ejemplo, Marks han informado que la exposición prolongada a palabras clave de ansiedad no traumáticas ayuda en estas situaciones y disminuirá sus respuestas excesivas.

5.7.4 Técnicas con factores de molestia disminuidos

Históricamente, la odontología restaurativa tiene una asociación fuerte con la ansiedad de pre-tratamiento dental y con el temor al dolor durante el tratamiento. El término "factor molestia" se refiere a la reacción subjetiva del paciente a los procedimiento odontológicos restaurativos como la preparación de la cavidad, y es una combinación de la presión aplicada al diente, las vibraciones y ruido registrados a través de los huesos del cráneo, el calor y olor generados en la inter-fase entre el diente y la fresa, y el tiempo que toma el trabajo.

Nuevos métodos de odontología restaurativa han disminuido los factores de molestia en comparación con los instrumentos rotativos convencionales, y al hacer esto ayudan a eliminar o disminuir un gran detonante de ansiedad dental.

La Técnica Restaurativa A traumática, la micro-abrasión, la remoción Quimio-mecánica de caries (Carisolv™), y el láser infrarrojo medio pueden ser considerados ahora como los métodos alternativos para la preparación del diente y la remoción de caries.

Los Láser de erbio actúan selectivamente en el agua presente en los tejidos duros debido a sus longitudes de onda, y son capaces de extirpar esmalte y dentina cariosos. Si se usan apropiadamente, pueden inducir a un estado reducido de respuesta en nocio-receptores pulpares.

Generalmente, los pacientes que pasan por una preparación de cavidad con láser de erbio, no necesitan de anestesia local. Pruebas clínicas de gran escala informaron que sólo el 2-5% de los pacientes solicitaron anestesia local a pesar de que varios de ellos experimentaron ligeras

sensaciones intermitentes de frío en sus dientes, probablemente causado por los efectos de enfriamiento de la evaporación del agua durante las pulsaciones del láser.

Los efectos sorpresivos en las emisiones de los nervios dan un efecto analgésico con una duración de 10-15 minutos. El uso de este efecto analgésico puede mantener la comodidad en los pacientes ansiosos, permitiendo el tratamiento de varios dientes en una sola cita sin la necesidad de recurrir a la anestesia local inyectada.

La técnica restaurativa a traumática ha sido usada extensamente en odontología para manejo conservador de cavitaciones en la dentina. Por otro lado, la remoción quimio-mecánica de caries, como una forma de TRA acelerado químicamente, es un método mínimamente invasivo que involucra la remoción selectiva de dentina suave cariosa sin la remoción dolorosa de dentina sana durante la preparación de la cavidad.

El uso de estos métodos novedosos puede ser dirigido efectivamente a pacientes dentales ansiosos, en donde los diferentes métodos reducen los mayores estímulos de la ansiedad y dan asimismo un efecto de distracción, disminuyendo así la ansiedad dental en su conjunto. Si los pacientes están conscientes de estos métodos, pueden pedirle al dentista los utilicen en tratamientos futuros.

MARCO METODOLÓGICO

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Identificación de variables

- Variable independiente: La conducta de miedo observada en la consulta odontológica en sus padres durante la niñez.

- Variable dependiente: Niño y por tanto adulto con fobia odontológica

- Variable independiente: El ruido que provoca la turbina odontológica

- Variable dependiente: Aparición de fobia odontológica

- Variable independiente: Traumatismo provocados por el Odontólogo

- Variable dependiente: Aparición de fobia odontológica

CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES Y MEDIDAS

Indicadores de la variable dependiente

Mujeres embarazadas de 20 a 30 años

Indicadores de la variable independiente

- Comportamentales
- Fisiológicos
- Emocionales

PRIMERA HIPÓTESIS: Padres fóbicos al tratamiento odontológico causan hijos fóbicos al tratamiento odontológico

VI: Padres Fóbicos				Hijos fóbicos			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Es generalmente el padre o la madre o los dos que tiene temor exagerado a un determinado **objeto** acto o **situación** que en realidad no ofrece peligro alguno en la odontología.				DEFINICIÓN CONCEPTUAL Es generalmente los hijos o las hijas que tiene temor exagerado a un determinado **objeto** acto o **situación** que en realidad no ofrece peligro alguno en la odontología.			
DEFINICIÓN OPERACIONAL				**DEFINICIÓN OPERACIONAL**			
Categoría Objeto Situación	Indicador -Instrumentos de Uso Diario -Jeringas Agujas -Bisturí -Pinzas Gubias -Fórceps -Turbina -Estar en la sala de espera -Ver la aguja anestésica -Oír el taladro	Medida Si NO	Instrumento CUESTIONARIO	Categoría Objeto Situación	Indicador -Instrumentos de Uso Diario -Jeringas Aguja -Bisturí -Pinzas Gubias -Fórceps -Turbina -Estar en la sala de espera -Ver la aguja anestésica -Oír el taladro o Turbina	Medida Si No	Instrumento CUESTIONARIO

SEGUNDA HIPÓTESIS: El ruido de la turbina odontológica ocasionafobia odontológica en las personas investigadas.

VI:TURBINA ODONTOLÓGICA				**VD:FOBIAS ODONTOLÓGICA**			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL **TURBINA ODONTOLÓGICA** Es un instrumento odontológico, la cual produce dolor **al friccionar** la fresa de **corte**, con los tejidos dentales, además del **ruido** y **vibración**, producido por dicho instrumento.				**DEFINICIÓN CONCEPTUAL** **FOBIA ODONTOLÓGICA** Se la define como un miedo marcado y persistente a las **visitas** y **tratamientos** de los dentistas, que es excesivo e irracional con una gran ansiedad que puede llegar a un ataque de pánico y a un intenso estrés. La exposición a un estímulo fóbico odontológico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.			
DEFINICIÓN OPERACIONAL				**DEFINICIÓN OPERACIONAL**			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento	Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Corte Fricción Vibración	Blandos (Encía) Duros (Esmalte – dentina y hueso) Roce -Vista -Sonido	SI NO	Cuestionario	Visitas Tratamientos Ansiedad	Cada qué tiempo visita Odontólogo -Endodoncia -Cirugía -Operatoria -Infecciones Agudas -Sudoración -Palpitación -Resequedad en boca -Ahogo -Nausea -Temblor -Opresión. Mareo -Miedo perder el control -Hormigueo -Miedo a morir - +Frecuencia cardiaca -+Respiración -Desmayo	Siempre Casi Siempre Casi Nunca Nunca Si No Si No	Cuestionario

TERCERA HIPÓTESIS Un traumatismo odontológico es el causante de una fobia odontológica

VI:UN TRAUMATISMO ODONTÓLOGO				**VD: FOBIAS ODONTOLÓGICA**			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL **TRAUMATISMO ODONTOLÓGICO** Experiencias dentales traumáticas **pasadas y presentes** particularmente en la infancia. Son incidentes que nos ocurren y nacen en la vida ya sean en el presente o en las vidas previas, ya que pueden conectarse según la magnitud y causa inferida.				**DEFINICIÓN CONCEPTUAL** **FOBIA ODONTOLÓGICA** Se la define como un miedo marcado y persistente a las **visitas** y **tratamientos** de los dentistas, que es excesivo e irracional con una gran ansiedad que puede llegar a un ataque de pánico y a un intenso estrés. La exposición a un estímulo fóbico odontológico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.			
DEFINICIÓN OPERACIONAL				DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Categoría	Indicador	Medida	Instrumento	Categoría	Indicador	Medida	Instrumento
Experiencias Presentes	-Trato del Odontólogo -Mal tratamiento Odontológico	SI NO	Cuestionario	Visitas	Cada que tiempo Visita odontólogo -Endodoncia -Cirugía -Operatoria -Infecciones Agudas	SI NO	Cuestionario
Experiencias Pasadas	-Trato del Odontólogo -Relatos de Parientes y amigos -Actitud aprendida en su entorno			Tratamiento Ansiedad	-Sudoración -Palpitación -Resequedad en boca -Ahogo -Nausea -Temblor -Opresión -Mareo -Miedo perder el control -Hormigueo -Miedo a morir -Frecuencia cardiaca -Respiración -Desmayo		

Diseño y tipo de investigación

No Experimental- Cuantitativa

Población y grupo de estudio

Universo: 76 mujeres embarazadas de 20 a 30 años de edad que aproximadamente atendió la odontóloga en el Sub-centro de Salud de Caupichu.

Muestra: 59 mujeres embarazadas del Sub-centro de Salud de Caupichu de 20 a 30 años de edad que cumplieron con las características de la investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

TÉCNICAS

- La entrevista clínica a cada una de las mujeres embarazadas acerca de los estilos de atención y fobias en mujeres embarazadas y para comunicarles que ellas participaran activamente en la investigación.
- La observación del comportamiento de las señoras embarazadas para identificar sus miedos.
- La Encuesta destinada a obtener datos de las señoras embarazadas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Ese listado se denomina cuestionario.

INSTRUMENTOS

Entrevista

Registro de Observación Historia- Clínica

Encuesta -Cuestionario

Análisis, validez y confiabilidad de instrumentos

Los instrumentos de medición utilizados fueron:

- El Cuestionario del Miedo al Odontólogo
- Escala de Ansiedad de Norman Corah
- El Cuestionario del Miedo al Odontólogo el cual es de mi autoría, pero antes de ser utilizado con la muestra de investigación debió ser revisado varias veces por mi supervisor para que tenga la validez suficiente para ser utilizado con un número de 39 preguntas de las cuales 34 son preguntas cerradas de SI _ NO y 5 son preguntas abiertas.

- La Escala de la Ansiedad deNorman Corahes un instrumento sencillo consta de 5 preguntas de autoadministración y sus respuestas son alternativas, tipo Likert. Dispone de una alta validez y confiabilidad pese al resumido número de Ítems. Los autores señalan que esta validez y confiabilidad se debe a que el cuestionario está libre de respuestas prejuiciadas, ya que tener miedo al dentista es socialmente aceptado, por lo cual el que responde la prueba no trata de buscar la respuesta adecuada sino que responde honestamente. Otros investigadores como Weistein, citado por Corah 1978 confirmaron la validez de esta prueba.

En la interacción dentista-paciente intervienen una serie de variables que determinan que esta relación represente simbólicamente el encuentro entre dos personas, una de las cuales dispone de un poder superior a la otra. Es así como se generan fenómenos de dependencia y/o de ansiedad, lo que claramente dificulta la toma de conciencia del paciente de su responsabilidad en el cuidado de su salud oral.

El cual fue creado 1969 tienen una puntuación del 1 al 5 los literales: a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5

De 9 a 12 puntos: ansiedad moderada pero hay ciertos factores estresantes que hay que trabajar

De 13 a 19 puntos: alta ansiedad

De 20 a 25 puntos: ansiedad severa o fobia

RECOLECCIÓN DE DATOS

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS PROCESOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A cada sujeto se le brindó el tiempo necesario para responder el Cuestionario del Miedo al Odontólogo y La Escala de Ansiedad deNormanCorah y si no entendían alguna pregunta me lo informaran para yo explicarle,de esta manera lograr que ni una sola pregunta queda sin responder, luego de haber completado con la muestra propuesta se realizó la tabulación de los dos instrumentos, para a continuación introducir estos datos en el programa SPSS, con el cual vamos a probar si se cumplen o no con lo establecido anteriormente en las hipótesis.

MÉTODO ESPECÍFICO PARA LLEGAR A LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS.

El método que se utilizó para la obtención de los resultados fue el programa estadístico SPSS versión 15

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Este estudio se encuentra enfocado a identificar los estilos de atención odontológica inadecuados causantes de fobias en mujeres embarazadas de 20-30 años de edad.

La muestra es de 59 mujeres embarazadas del Sub-centro de Salud Caupichu que cumplen con las características para la investigación.

ANÁLISIS SOCIO DEMOGRÁFICO

EDAD

Tabla Nº 4: Edad

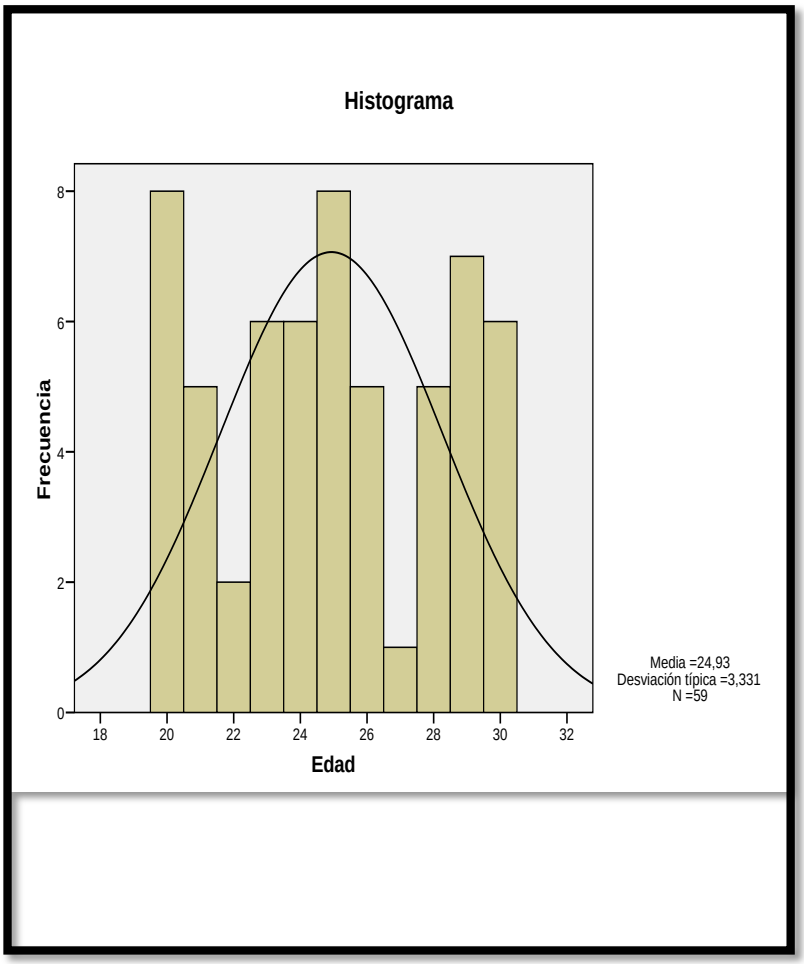
Estadísticos

Edad		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		24,93
Desv. típ.		3,331
Varianza		11,099

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20	8	13,6	13,6	13,6
	21	5	8,5	8,5	22,0
	22	2	3,4	3,4	25,4
	23	6	10,2	10,2	35,6
	24	6	10,2	10,2	45,8
	25	8	13,6	13,6	59,3
	26	5	8,5	8,5	67,8
	27	1	1,7	1,7	69,5
	28	5	8,5	8,5	78,0
	29	7	11,9	11,9	89,8
	30	6	10,2	10,2	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.1 Edad promedio de las mujeres embarazadas



Se observa que el rango de edad investigado es desde los 20 años hasta los treinta años, además la media nos indica que la edad de las mujeres investigadas en el Sub-centro de Salud Caupichu es de 24 años.

MESES DE EMBARAZO

Tabla Nº 5: Meses de Embarazo

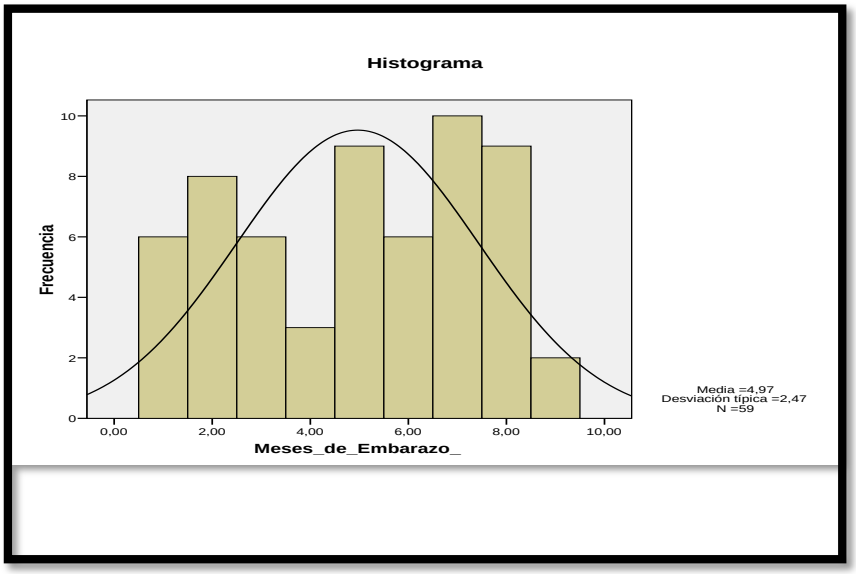
Estadísticos

Meses_de_Embarazo		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		4,9661
Desv. típ.		2,47028
Varianza		6,102

Meses_de_Embarazo_

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	6	10,2	10,2	10,2
	2,00	8	13,6	13,6	23,7
	3,00	6	10,2	10,2	33,9
	4,00	3	5,1	5,1	39,0
	5,00	9	15,3	15,3	54,2
	6,00	6	10,2	10,2	64,4
	7,00	10	16,9	16,9	81,4
	8,00	9	15,3	15,3	96,6
	9,00	2	3,4	3,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.2 Edad gestacional del bebe



La media de las mujeres embarazadas y su periodo de gestación muestra que se encuentra entre los cuatro meses en adelante, donde ya muestran algunos problemas odontológicos que ya deben de ser tratados.

ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO ACERCA DEL MIEDO ODONTOLÓGICO

1. **¿Usted es una de esas personas que busca cualquier motivo o pretexto para no ir al odontólogo si sabe que la cita es mañana?**

Tabla Nº 6: Motivo para no ir al odontólogo

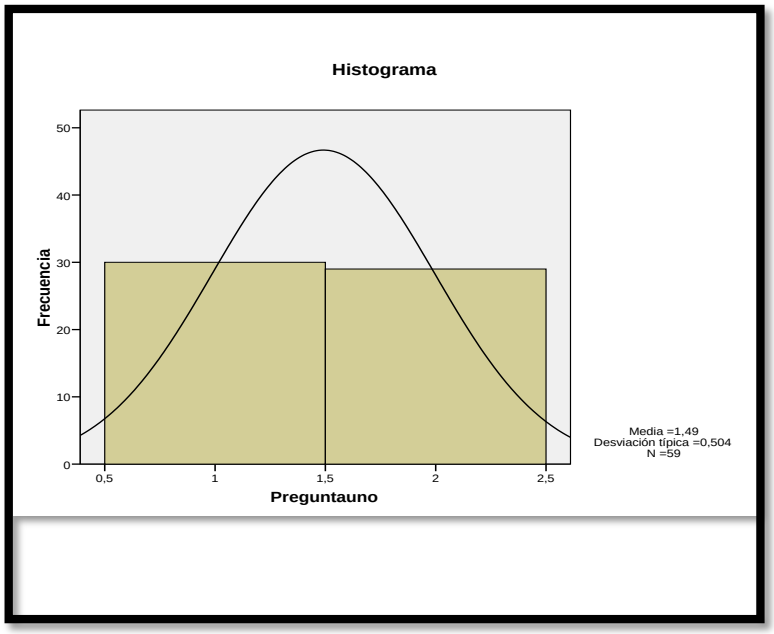
Estadísticos

Preguntauno		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,49
Desv. típ.		,504
Varianza		,254

Preguntauno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	30	50,8	50,8	50,8
	SI	29	49,2	49,2	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.3 50.8 Mujeres embarazadas no buscan motivo



La investigación muestra que el 50.8% de las mujeres embarazadas de este sub-centro no busca un pretexto para no asistir a la cita con el odontólogo, mientras que el 49.2% si lo hace.

MIEDO A LOS OBJETOS ODONTOLÓGICOS

2. ¿Tiene miedo a la Jeringa con aguja?

Tabla Nº 7: Tienes miedo a las jeringas con agujas

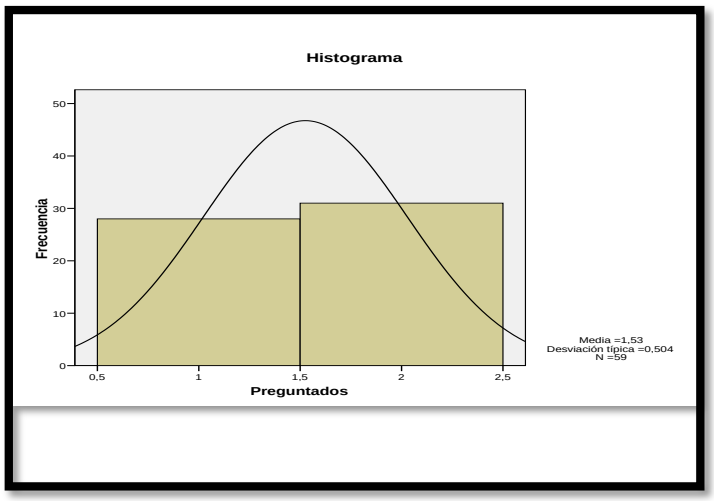
Estadísticos

Preguntados		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,53
Desv. típ.		,504
Varianza		,254

Preguntados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	28	47,5	47,5	47,5
	SI	31	52,5	52,5	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.4 Histograma



El 52.5% indica que si tiene miedo a la jeringas con agujas, solo el 47.5% indican que no tienen miedo a las jeringas con agujas.

3. **¿En qué momento le provoca miedo la jeringa?**

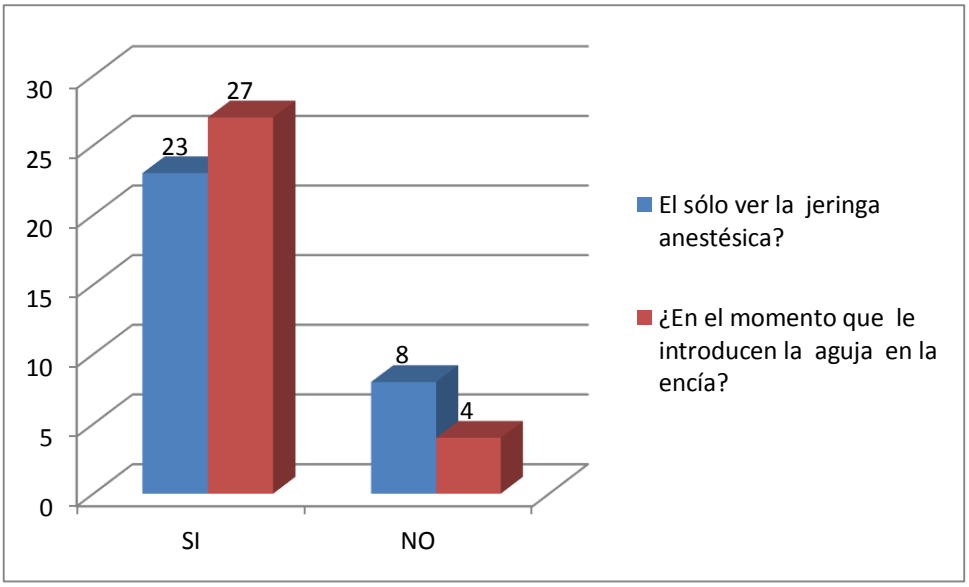
Tabla Nº 8: Momento que le provoca miedo a la jeringa

Estadísticos

		Preguntatres_a	Preguntatres_b
N	Válidos	59	59
	Perdidos	0	0
Media		1,58	1,54
Desv. típ.		,498	,502
Varianza		,248	,252

Opciones	**SI**	**NO**	**TOTAL**
El sólo ver la jeringa anestésica	23	8	31
¿En el momento que le introducen la aguja en la encía?	27	4	31

Figura 7.5 Solo ver a la jeringa anestésica



De las 31 personas que manifiestan que tienen miedo a las jeringas con agujas, indican que lo que mayor miedo les provoca es ver la jeringa anestésica, seguido del miedo que provoca cuando la jeringa es introducida en la encía.

4. ¿Tiene miedo al bisturí?

Tabla Nº 9: Tiene miedo al bisturí

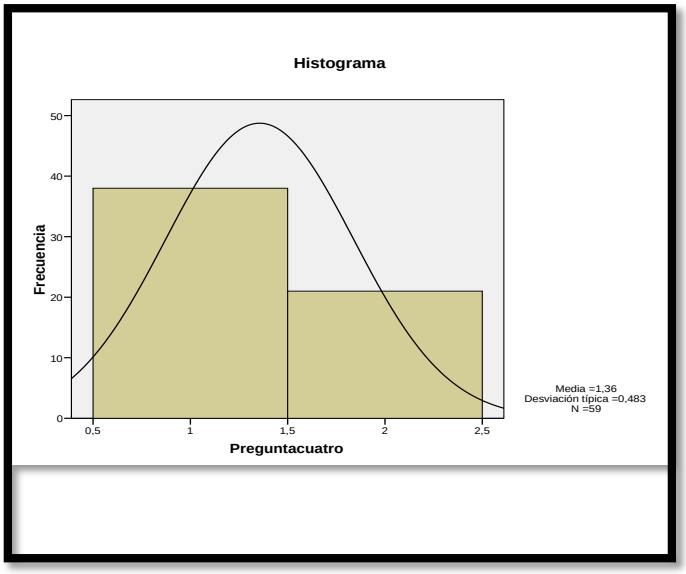
Estadísticos

Preguntacuatro		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,36
Desv. típ.		,483
Varianza		,233

Preguntacuatro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	38	64,4	64,4	64,4
	SI	21	35,6	35,6	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.6 No tiene miedo al bisturí



La respuesta a esta pregunta indica que el 64.4% no tiene miedo al bisturí, sólo el 35.6% si le da miedo el bisturí.

5. **¿En qué momento le provoca miedo el bisturí?**

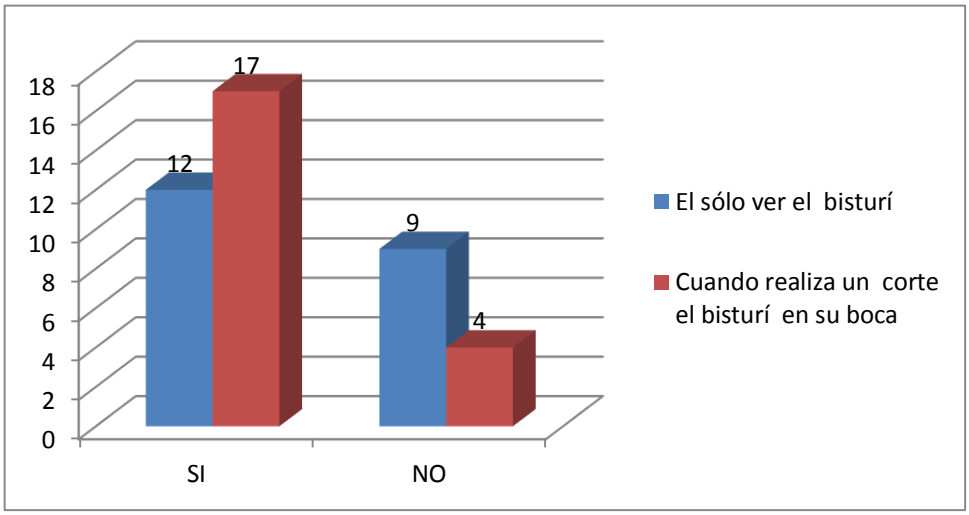
Tabla Nº 10: Solo ver el bisturí

Estadísticos

		Pregunta cinco a	Pregunta cinco b
N	Válidos	59	59
	Perdidos	0	0
Media		1,80	1,71
Desv. típ.		,406	,457
Varianza		,165	,209

Opciones	SI	NO	TOTAL
El sólo ver el bisturí	12	9	21
Cuando realiza un corte el bisturí en su boca	17	4	21

Figura 7.7 Cuando realiza un corte en la boca



Como se observan en los resultados, el miedo que provoca por este instrumento es cuando se realiza un corte en la boca, de igual forma se observa que de las 21 mujeres embarazadas que tienen miedo al bisturí, a 12 solo con ver el bisturí les da miedo y 17 cuando se realiza un corte en la boca.

6. ¿Tiene miedo al playo?

Tabla Nº 11: Tiene miedo al playo

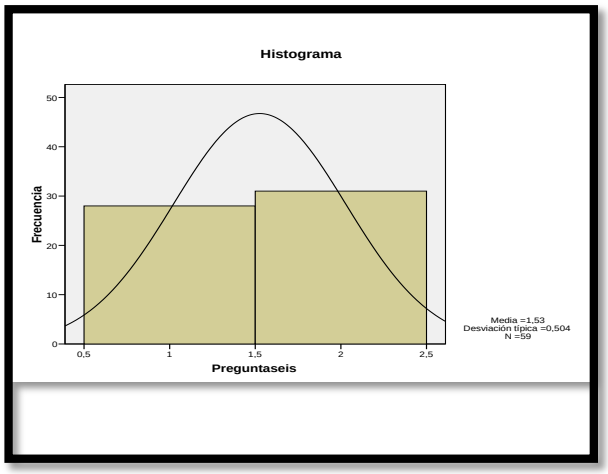
Estadísticos

Preguntaseis		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,53
Desv. típ.		,504
Varianza		,254

Preguntaseis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	28	47,5	47,5	47,5
	SI	31	52,5	52,5	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.8 Muestra que no tiene miedo al playo



Se observa que el 52.5% indica que si tiene miedo al playo, y sólo el 47.5% muestra que no tiene miedo al playo.

7. **¿En qué momento le provoca miedo el playo?**

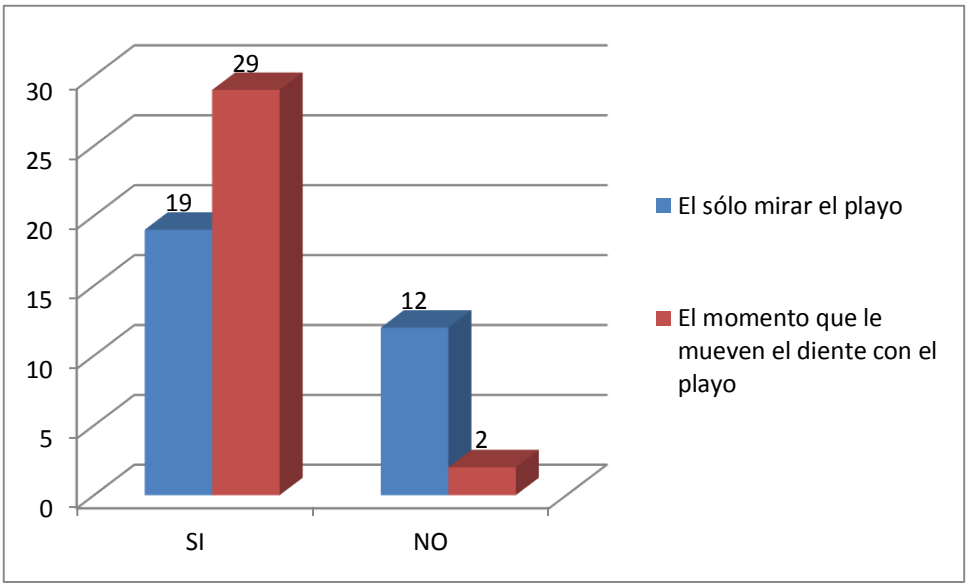
Tabla Nº 12: Momento que provoca el playo

Estadísticos

		Pregunta siete_a	Pregunta siete_b
N	Válidos	59	59
	Perdidos	0	0
Media		1,32	1,49
Desv. típ.		,471	,504
Varianza		,222	,254

Opciones	**SI**	**NO**	**TOTAL**
El sólo mirar el playo	19	12	31
El momento que le mueven el diente con el playo	29	2	31

Figura 7.9 31 personas manifiestan que tiene miedo al playo



De las 31 persona que manifiestan tener miedo al playo, 29 manifiestan que les da más miedo cuando le mueven el diente con el playo, y a 19 de estas personas les da miedo solo con mirar el playo.

8. ¿Permanecer en la sala de espera del consultorio dental le da miedo?

Tabla Nº 13: La esfera en el consultorio dental le da miedo

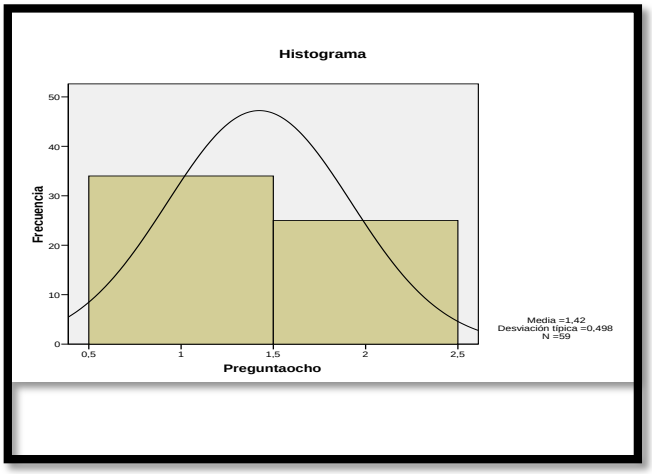
Estadísticos

		Preguntaocho
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,42
Desv. típ.		,498
Varianza		,248

Preguntaocho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	34	57,6	57,6	57,6
	SI	25	42,4	42,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.10 42.4% de mujeres embarazas tienen miedo a la sala de espera



Al 42.4% de las mujeres embarazadas les provoca miedo el solo hecho de de estar en la sala de espera del consultorio dental, el 57.6% manifiesta que no le provoca miedo.

9. ¿El solo escuchar la turbina le da miedo?

Tabla Nº 14: Solo escuchar la turbina

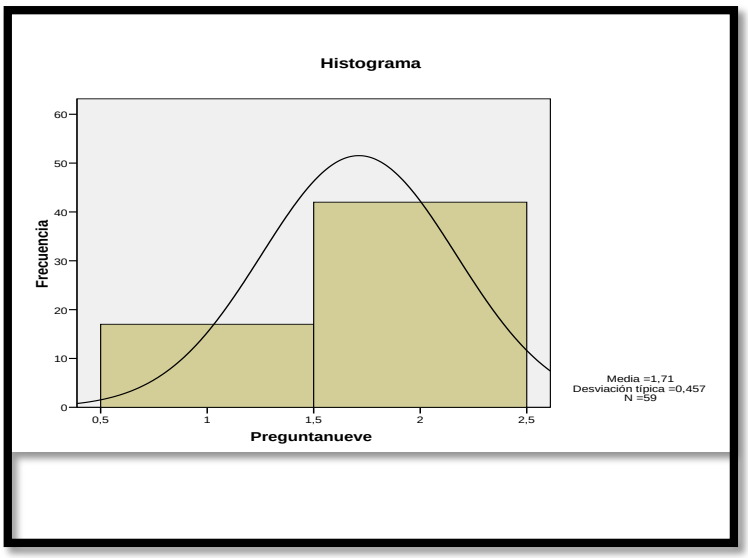
Estadísticos

Preguntanueve		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,71
Desv. típ.		,457
Varianza		,209

Preguntanueve

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	17	28,8	28,8	28,8
	SI	42	71,2	71,2	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.11 71.2 % manifiesta que el ruido de la turbina provoca miedo



El 71.2% manifiesta que el ruido provocado por la turbina le provoca miedo, sólo el 28.8% no tiene miedo al escuchar el ruido provocado por la turbina.

10. ¿Tiene miedo a la turbina?

Tabla Nº 15: Tiene miedo a la turbina

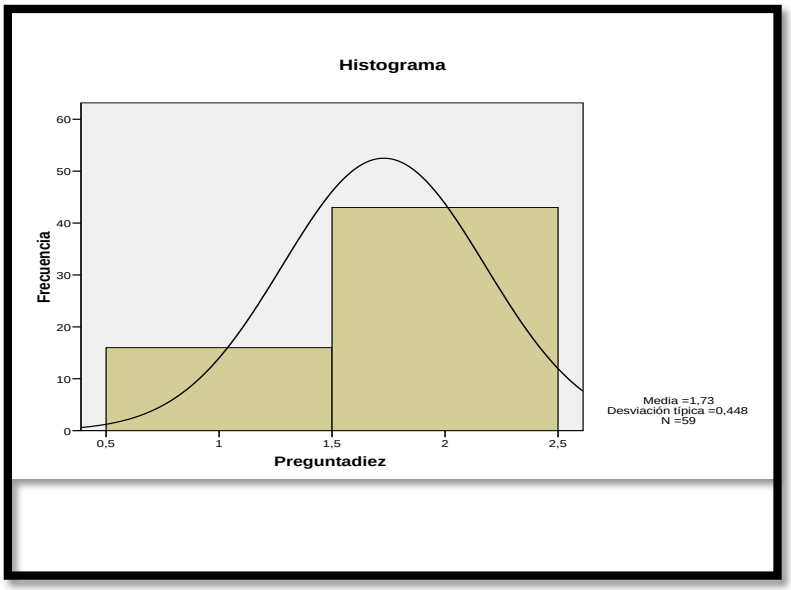
Estadísticos

Preguntadiez		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,73
Desv. típ.		,448
Varianza		,201

Preguntadiez

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	16	27,1	27,1	27,1
	SI	43	72,9	72,9	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.12 72.9% manifiesta miedo por la turbina



De igual forma el 72.9% manifiesta que tiene mucho miedo por la turbina, sólo el 27.1% menciona no tener miedo por la turbina.

11. ¿En qué momento le provoca miedo la turbina?

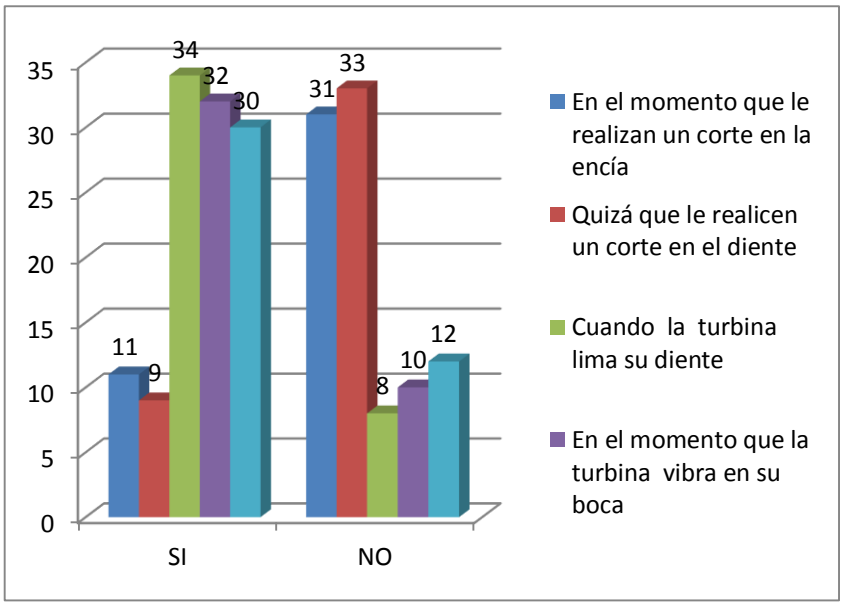
Tabla Nº 16: Momento que le provoca miedo a la turbina

Estadísticos

		pregunta once a	Pregunta once b	Pregunta once c	Pregunta once d	Pregunta once e
N	Válidos	59	59	59	59	59
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		1,81	1,15	1,41	1,42	1,49
Desv. típ.		,393	,363	,495	,498	,504
Varianza		,154	,132	,245	,248	,254

Opciones	**SI**	**NO**	**TOTAL**
En el momento que le realizan un corte en la encía	11	31	42
Quizá que le realicen un corte en el diente	9	33	42
Cuando la turbina lima su diente	34	8	42
En el momento que la turbina vibra en su boca	32	10	42
El sólo ver la turbina en movimiento	30	12	42

Figura 7.13 Miedo con mayor frecuencia



Se observa que lo que les provoca miedo con mayor frecuencia es cuando la turbina lima el diente, seguido del miedo que provoca cuando la turbina vibra en el diente.

12. ¿Con que frecuencia visita al odontólogo?

Tabla Nº 17: Frecuencia que evita al odontóloga

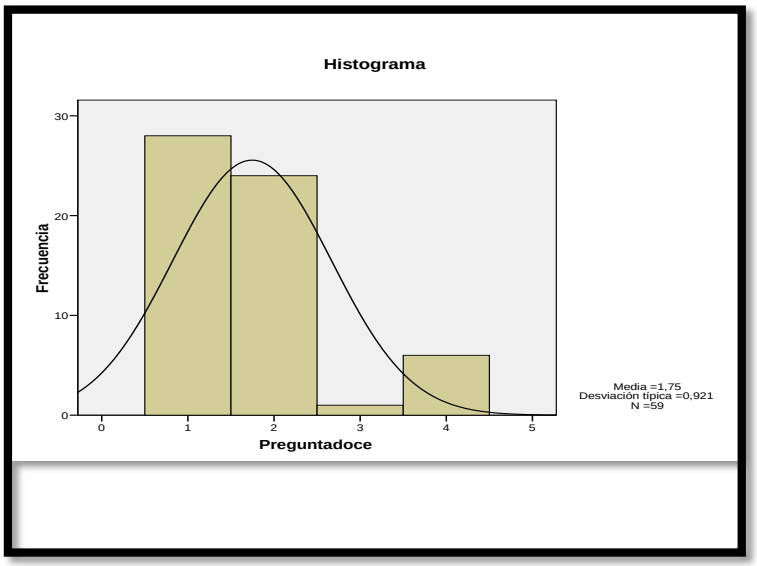
Estadísticos

Preguntadoce		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,75
Desv. típ.		,921
Varianza		,848

Preguntadoce

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi nunca	28	47,5	47,5	47,5
	Casi siempre	24	40,7	40,7	88,1
	Nunca	1	1,7	1,7	89,8
	Siempre	6	10,2	10,2	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.14 Casi nunca visita al odontóloga



Se observa que el 47.5% manifiesta que casi nunca visita al odontólogo, lo que es muy peligroso sobre todo cuando se encuentran en gestación las mujeres, mientras que el 40.7% casi siempre visita al odontólogo, sólo el 10.2% indica que siempre realiza visitas al odontólogo.

13. ¿Ha tenido o experimentado tratamientos dentales dolorosos que hayan marcado su vida?

Tabla Nº 18: Tratamiento dentales dolorosos

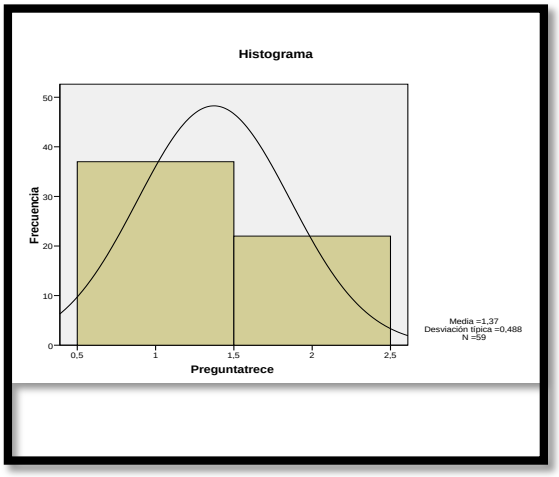
Estadísticos

Preguntatrece		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,37
Desv. típ.		,488
Varianza		,238

Preguntatrece

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	37	62,7	62,7	62,7
	SI	22	37,3	37,3	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.15 No ha experimentado tratamiento dentales dolorosos



El 62.7% de las personas analizadas indica que no han tenido o experimentado tratamientos dentales dolorosos que hayan marcado su vida, sólo el 37.3% manifiesta que si ha pasado por estos tratamientos dolorosos que hasta el día de hoy recuerda.

14. Cuáles han sido estos tratamientos dentales.

Tabla Nº 19: Tratamiento dentales

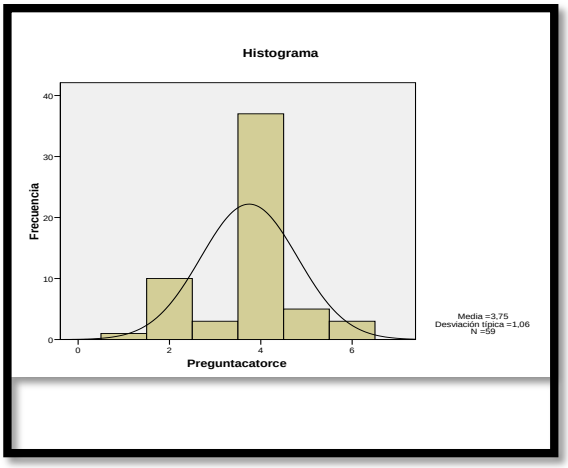
Estadísticos

Preguntacatorce		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		3,75
Desv. típ.		1,060
Varianza		1,124

Preguntacatorce

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Endodoncias	1	1,7	1,7	1,7
	Extracciones Dentales	10	16,9	16,9	18,6
	Infecciones agudas	3	5,1	5,1	23,7
	NO	37	62,7	62,7	86,4
	Operatoria dental	5	8,5	8,5	94,9
	Profilaxix	3	5,1	5,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.16 22 personas han tenido tratamientos dolorosas



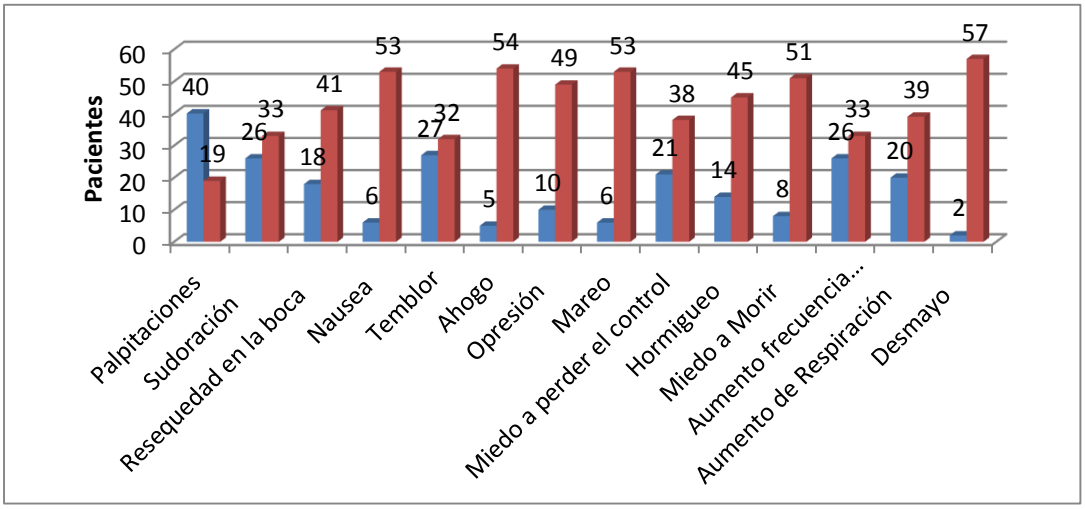
De las 22 personas que han tenido tratamientos dolorosos, indican que con mayor frecuencia, es decir 10 personas fueron extracciones dentales, en iguales condiciones indican que fueron 3 personas cuando les realizaron profilaxis o infecciones agudas.

15. ¿Cuándo ya está dentro del consultorio odontológico empieza a sentir?

Tabla Nº 20: Cuando ya está en tratamiento

	SI	NO	TOTAL
Palpitaciones	40	19	59
Sudoración	26	33	59
Resequedad en la boca	18	41	59
Nausea	6	53	59
Temblor	27	32	59
Ahogo	5	54	59
Opresión	10	49	59
Mareo	6	53	59
Miedo a perder el control	21	38	59
Hormigueo	14	45	59
Miedo a Morir	8	51	59
Aumento frecuencia cardiaca	26	33	59
Aumento de Respiración	20	39	59
Desmayo	2	57	59

Figura 7.17 Cuando están dentro del consultorio



Cuando las mujeres embarazadas se encuentran dentro del consultorio dental se observa que frecuentemente les provoca palpitaciones, temblor, aumento de la frecuencia cardiaca y sudoración.

16. ¿Recuerda alguna experiencia negativa de su infancia muy dolorosa en la consulta odontológica que no ha podido olvidar y que le impide ir al odontólogo?

Tabla Nº 21: Experiencia negativa dolorosa

Estadísticos

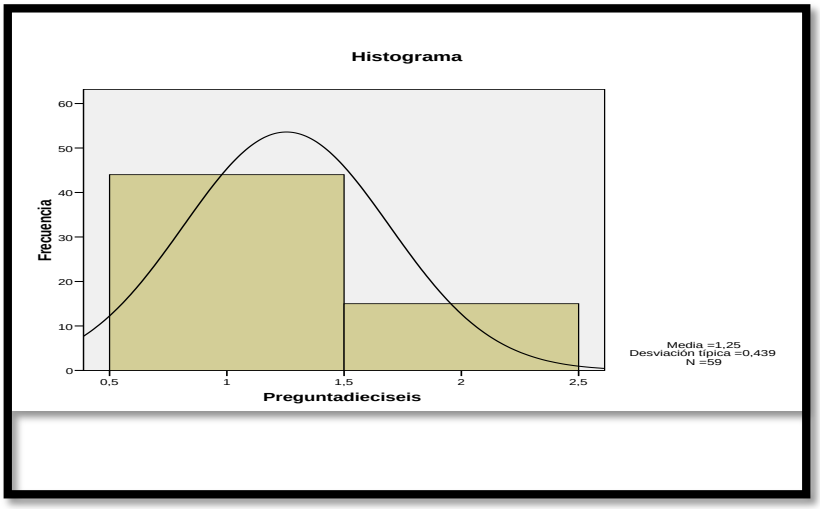
Preguntadieciseis

N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,25
Desv. típ.		,439
Varianza		,193

Preguntadieciseis

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	44	74,6	74,6	74,6
	SI	15	25,4	25,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.18 No recuerda alguna experiencia dolorosa



La muestra investigada menciona con el 74.6% que no recuerda alguna experiencia negativa de su infancia muy dolorosa en la consulta dental, sólo el 25.4% si la recuerda.

17. ¿Qué experiencia negativa recuerda?

Tabla Nº 22: Recuerda alguna experiencia negativa

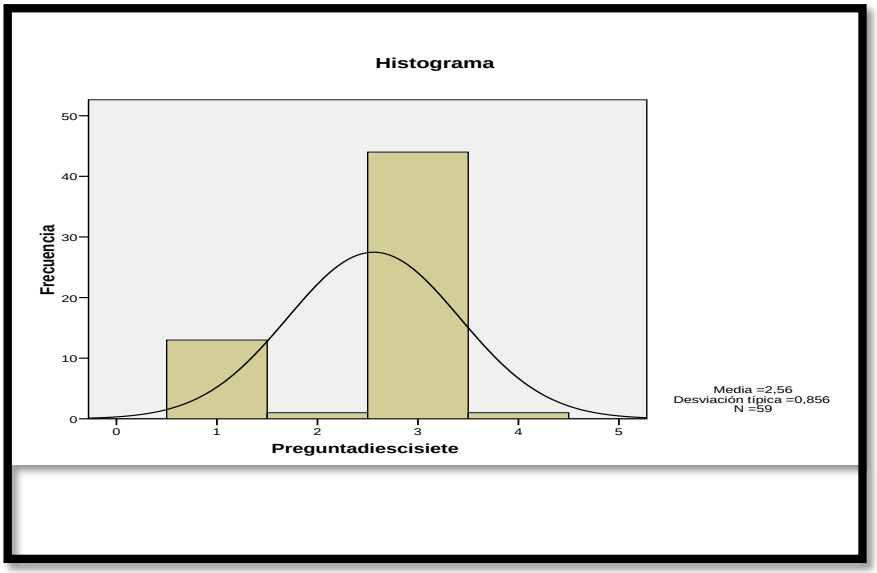
Estadísticos

Preguntadiescisiete		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		2,56
Desv. típ.		,856
Varianza		,733

Preguntadiescisiete

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Extracción Dental	13	22,0	22,0	22,0
	Infección aguda	1	1,7	1,7	23,7
	NO	44	74,6	74,6	98,3
	Operatoria dental	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.19 Experiencia dolorosa de visitas al odontóloga



De las 15 personas que si recuerdan alguna mala experiencia o dolorosa de sus visitas al odontólogo, mencionan que con mayor frecuencia han sido causadas las extracciones dentales.

18. ¿Ha tenido experiencias negativas muy dolorosas actuales o recientes en la consulta odontológica que no podrá olvidar y le causa miedo acudir al odontólogo?

Tabla Nº 23: Experiencias negativas dolorosas actuales

Estadísticos

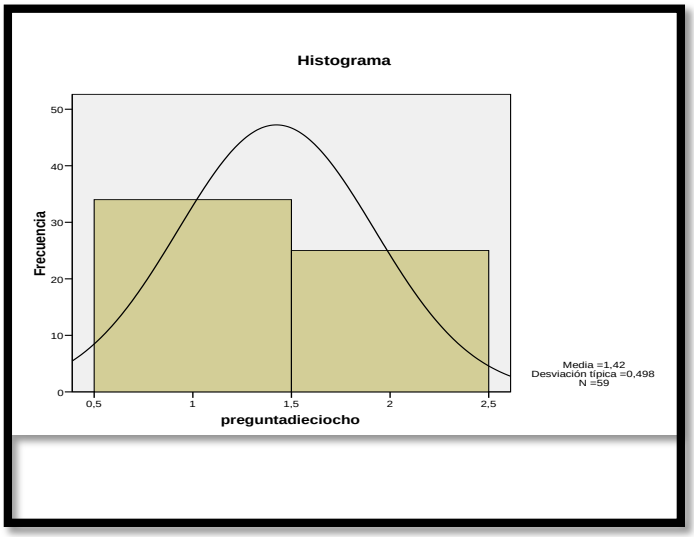
preguntadieciocho

N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,42
Desv. típ.		,498
Varianza		,248

preguntadieciocho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	34	57,6	57,6	57,6
	SI	25	42,4	42,4	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.20 Malas experiencias



En relación al miedo que les causan las visitas actuales por alguna mala experiencia, el 57.6% manifiesta que no ha tenido estas malas experiencias, sólo el 42.4% indica que si las ha tenido.

19. ¿Cuáles han sido las experiencias negativas muy dolorosas actuales o recientes?

Tabla Nº 24: Experiencias negativas muy dolorosas

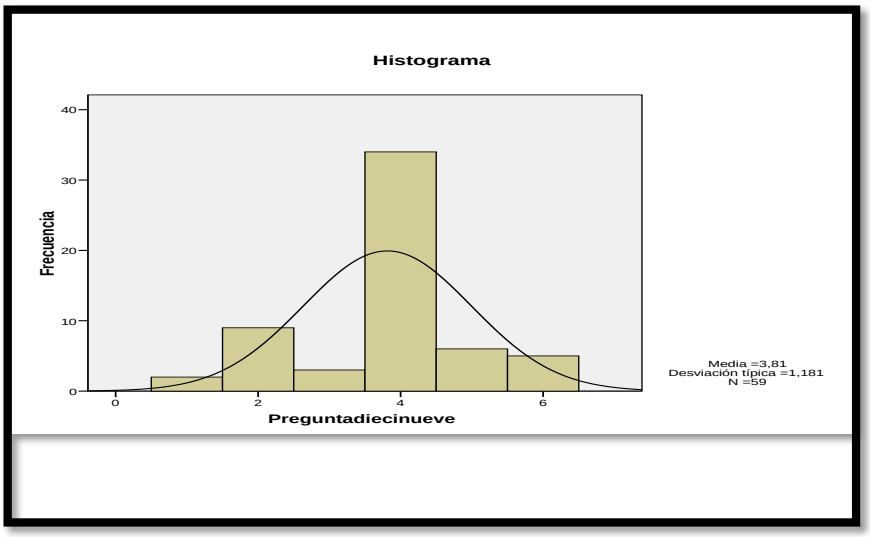
Estadísticos

Preguntadiecinueve		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		3,81
Desv. típ.		1,181
Varianza		1,396

Preguntadiecinueve

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Endodoncia	2	3,4	3,4	3,4
	Extracción dental	9	15,3	15,3	18,6
	Infección Aguda	3	5,1	5,1	23,7
	NO	34	57,6	57,6	81,4
	Operatoria Dental	6	10,2	10,2	91,5
	Profilaxix	5	8,5	8,5	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.21 Extracciones dentales con malas experiencias



De las 25 personas que si han tenido estas malas experiencias, indican que las extracciones dentales son las que más miedo les provocan.

20. ¿Tiene miedo al tratamiento odontológico porque alguien de su entorno le contó lo terrible que es?

Tabla Nº 25: Miedo a tratamiento odontológico

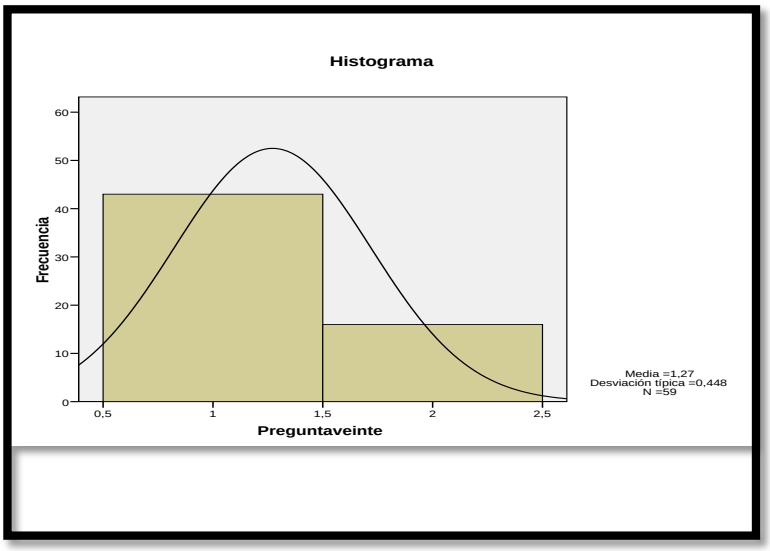
Estadísticos

		Preguntaveinte
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,27
Desv. típ.		,448
Varianza		,201

Preguntaveinte

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	43	72,9	72,9	72,9
	SI	16	27,1	27,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.22 No tiene miedo al tratamiento odontológico



Al 72.9% no tiene miedo al tratamiento odontológico solo porque le hayan contado algo malo, sin embargo el 27.1% si dicen presentar miedo por esta razón.

21. ¿Qué persona es el que le ha contado de estas malas experiencias?

Tabla Nº 26: Se informa de malas experiencias

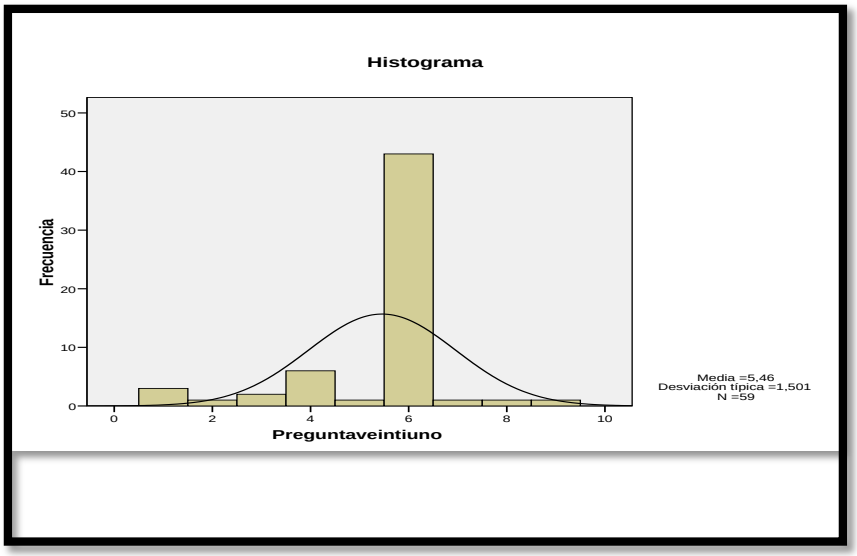
Estadísticos

Preguntaveintiuno		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		5,46
Desv. típ.		1,501
Varianza		2,252

Preguntaveintiuno

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Amiga	3	5,1	5,1	5,1
	Cuñada	1	1,7	1,7	6,8
	Esposo	2	3,4	3,4	10,2
	Hermana	6	10,2	10,2	20,3
	Mamá	1	1,7	1,7	22,0
	NO	43	72,9	72,9	94,9
	Papá	1	1,7	1,7	96,6
	Prima	1	1,7	1,7	98,3
	Vecina	1	1,7	1,7	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.23 Personas que cuentan de malas experiencias



Las personas que con mayor frecuencia cuentan de estas malas prácticas médicas dentales son las hermanas, luego las amigas, lo que indica que las mujeres son más comunicativas entre sí.

22. ¿Ha tenido una experiencia negativa con relación al maltrato del dentista o del personal de enfermería en el consultorio odontológico hacia usted?

Tabla Nº 27: Experiencias negativas con relación al maltrato

Estadísticos

Preguntaveintidos		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,12
Desv. típ.		,326
Varianza		,106

Preguntaveintidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	52	88,1	88,1	88,1
	SI	7	11,9	11,9	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.24 Malas experiencias con dentistas

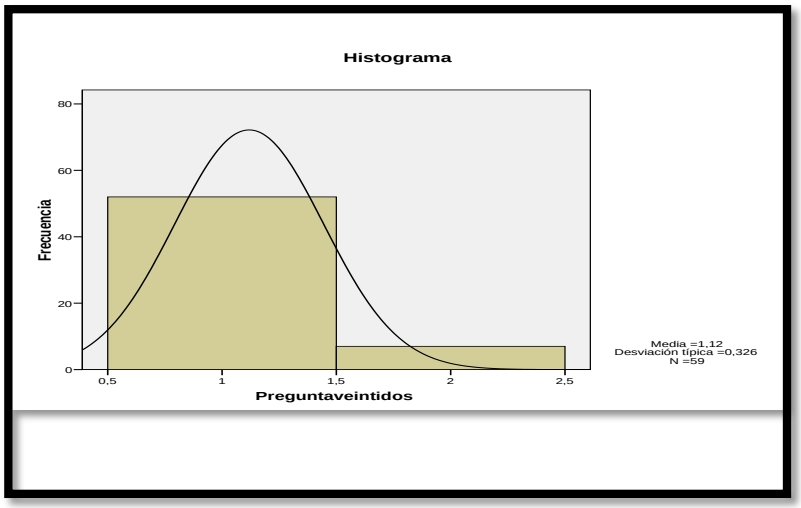


Figura.10.24.Solo el 11,9% tiene malas experiencias con dentista. La experiencia negativa con relación al maltrato del dentista o del personal de enfermería en el consultorio odontológico, muestran que el 88.1% no ha tenido estas malas experiencias, sólo el 11.9% si las ha tenido, en término de personas corresponde a 7 personas.

23. ¿Cómo ha sido maltrato del dentista o del personal de enfermería en el consultorio odontológico hacia usted?

Tabla Nº 28: Maltrato del dentista

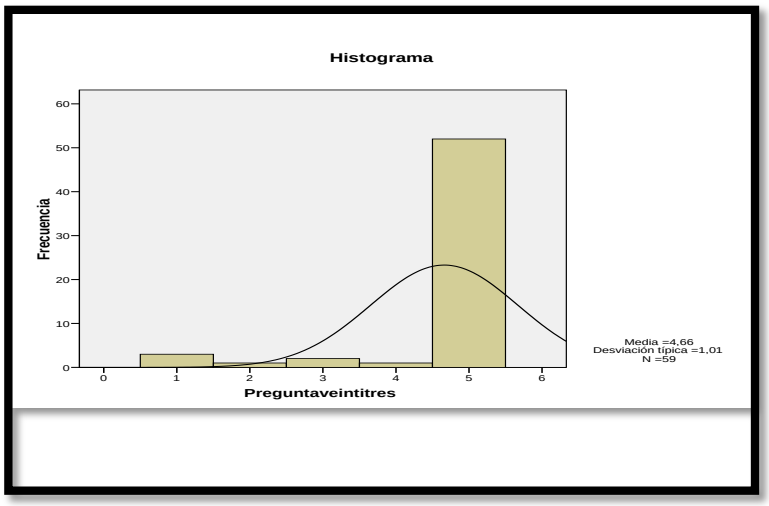
Estadísticos

Preguntaveintitres		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		4,66
Desv. típ.		1,010
Varianza		1,021

Preguntaveintitres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Gritón	3	5,1	5,1	5,1
	Grosero	1	1,7	1,7	6,8
	Indolente	2	3,4	3,4	10,2
	Intento abuso sexual	1	1,7	1,7	11,9
	NO	52	88,1	88,1	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.25 Personas que sufrieron algún maltrato



De las 7 personas que sufrieron algún tipo de maltrato, se puede observar que el maltrato mayor fue porque el odontólogo era gritón.

24. ¿Tiene miedo al tratamiento odontológico por que de niña y hasta hoy observó en sus padres el miedo que tenían ellos para realizarse un tratamiento dental?

Tabla Nº 29: Miedo al maltrato odontológico

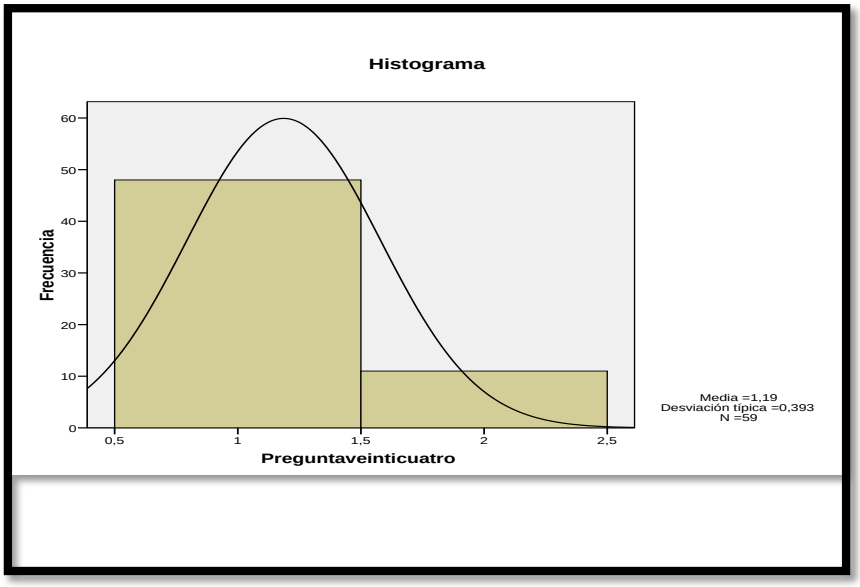
Estadísticos

Preguntaveinticuatro		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		1,19
Desv. típ.		,393
Varianza		,154

Preguntaveinticuatro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	48	81,4	81,4	81,4
	SI	11	18,6	18,6	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.26 No le afecto el miedo que observo de niña



El 81.4% indica que no le afecto el miedo que observo de niña que tenían los padres a la consulta dental, sólo el 18.6%, manifiesta haberlos tenido, esto corresponde a 11 personas.

25. ¿Quiénes son los causantes de este miedo?

Tabla Nº 30: Causantes de este miedo

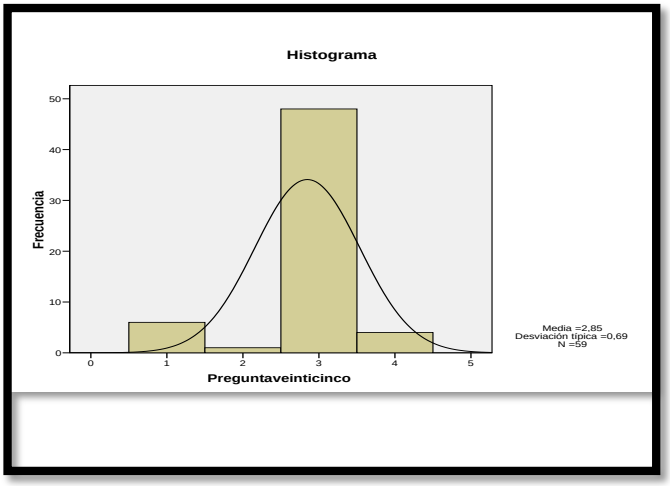
Estadísticos

Preguntaveinticinco		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		2,85
Desv. típ.		,690
Varianza		,476

Preguntaveinticinco

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Mamá	6	10,2	10,2	10,2
	Mamá y Papá	1	1,7	1,7	11,9
	NO	48	81,4	81,4	93,2
	Papá	4	6,8	6,8	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.27 Miedo que observaron en la madre



Se observa que de las 11 personas que tienen miedo por esta causa, lo que más les marco es el miedo que observaron en la madre.

ANÁLISIS DEL MIEDO AL DENTISTA

1. Si debe acudir mañana al dentista a una visita de revisión, ¿cómo se siente?

Tabla Nº 31: Acudir mañana al dentista

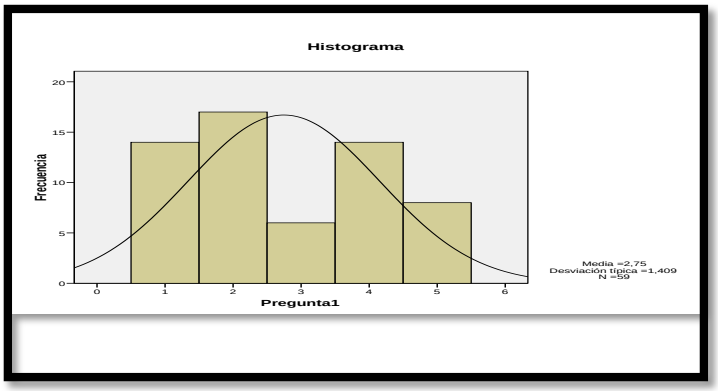
Estadísticos

Pregunta1		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		2,75
Desv. típ.		1,409
Varianza		1,986

Pregunta1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estoy muy asustado sobre lo que me harán	14	23,7	23,7	23,7
	Lo espero como una experiencia bastante agradable	17	28,8	28,8	52,5
	me siento algo incómodo	6	10,2	10,2	62,7
	No le doy importancia	14	23,7	23,7	86,4
	Tengo miedo a que sea desagradable	8	13,6	13,6	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.28 Algo agradable y algo asustadas



Se observa que la muestra analizada indica que si tiene una visita al odontólogo mañana, ellas lo esperan como algo agradable esto dice el 28.8%, seguido del 23.7% que manifiestan que si están asustadas y el mismo porcentaje que manifiestan que no le dan mayor importancia.

2. Cuando está esperando en la sala de espera del dentista, ¿cómo se siente?

Tabla Nº 32: En la sala de espera del dentista

Estadísticos

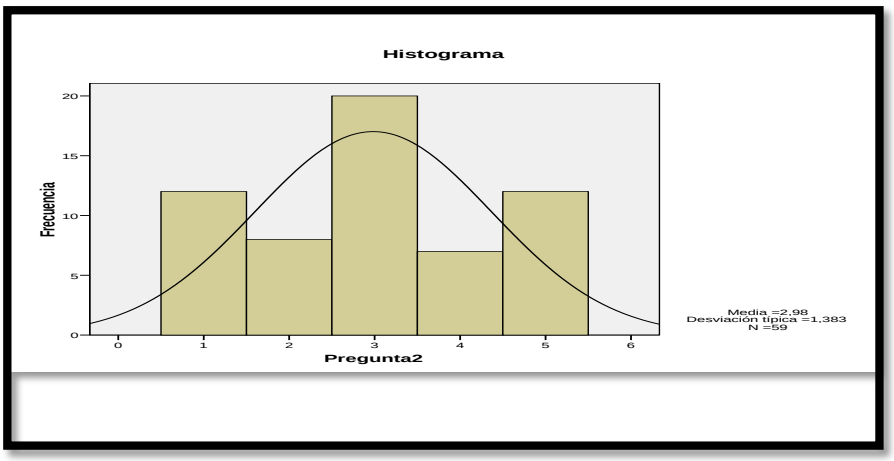
Pregunta2

N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		2,98
Desv. típ.		1,383
Varianza		1,914

Pregunta2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algo incómodo	12	20,3	20,3	20,3
	Ansioso	8	13,6	13,6	33,9
	relajado	20	33,9	33,9	67,8
	Tan nervioso	7	11,9	11,9	79,7
	Tenso	12	20,3	20,3	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.29 Algo incomodas y tensas



Las mujeres embarazadas que se encuentran esperando en la sala de espera del consultorio dental manifiestan con el 20.3% que se sienten algo incomodas y tensas, mientras que el 33.9% manifiesta que se encuentra relajada.

3. **Cuando se encuentra en el sillón dental esperando mientras el dentista prepara el taladro para empezar a trabajar, ¿cómo se siente?**

Tabla Nº 33: En el sillón dental esperan al dentista

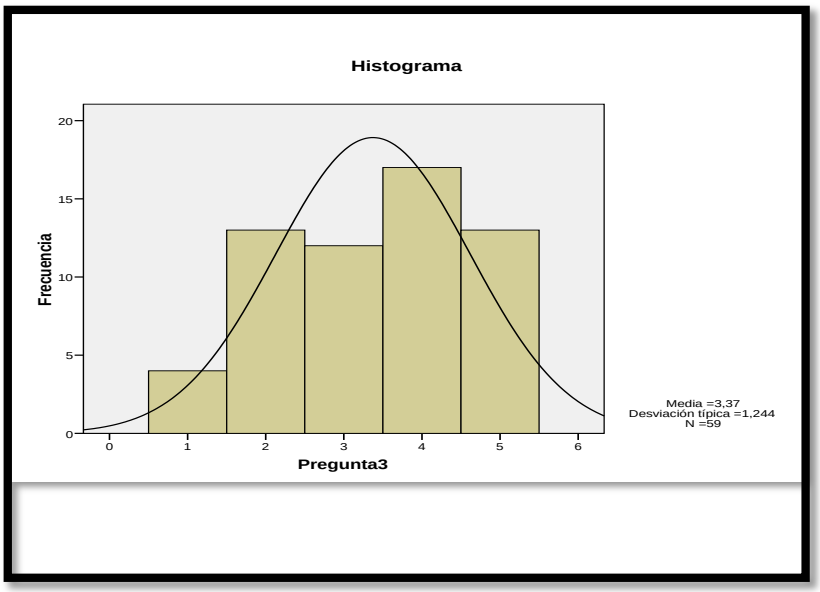
Estadísticos

Pregunta3		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		3,37
Desv. típ.		1,244
Varianza		1,548

Pregunta3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ansioso	4	6,8	6,8	6,8
	Incómodo	13	22,0	22,0	28,8
	relajado	12	20,3	20,3	49,2
	Tan nervioso	17	28,8	28,8	78,0
	tenso	13	22,0	22,0	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.30 Observando el taladro se sienten nerviosas



Las mujeres embarazadas indican que mientras se encuentran en el sillón observando la preparación del taladro ellas se sienten tan nerviosas, esto lo indica el 28.8%, el 22% se encuentra incomoda y tensa.

4. **Imagínese que está en el sillón dental para una limpieza. Mientras espera al dentista o al higienista que está preparando los instrumentos para raspar sus dientes y encías, ¿cómo se siente?**

Tabla Nº 34: En el sillón dental para una limpieza

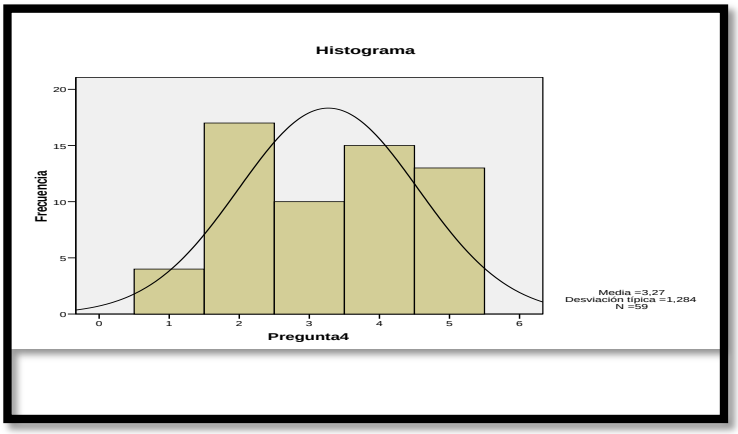
Estadísticos

Pregunta4		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		3,27
Desv. típ.		1,284
Varianza		1,649

Pregunta4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ansioso	4	6,8	6,8	6,8
	Incómodo	17	28,8	28,8	35,6
	relajado	10	16,9	16,9	52,5
	Tan nervioso	15	25,4	25,4	78,0
	tenso	13	22,0	22,0	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.31 Ansiedad para preparar el instrumental



La gran mayoría presenta algún grado de ansiedad al preparar el instrumental. Mientras las mujeres embarazadas se encuentran en el sillón dental para una limpieza. Mientras espera al dentista o al higienista que está preparando los instrumentos para raspar sus dientes y encías, ellas se sienten incomodas, esto lo muestra el 28.8%, y el 25.4% indica que se encuentra muy nervioso.

5. **Cuando se encuentra en el sillón dental y está a punto de recibir una inyección de anestesia local en su encía, ¿cómo se encuentra?**

Tabla Nº 35: Al recibir una inyección de anestesia

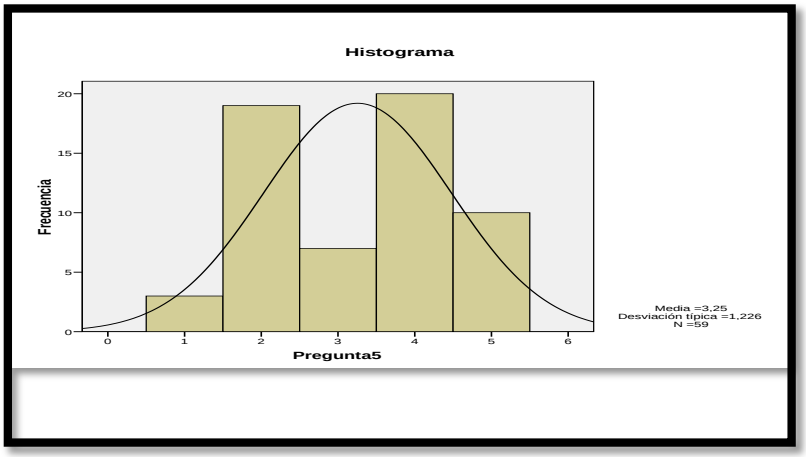
Estadísticos

Pregunta5		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		3,25
Desv. típ.		1,226
Varianza		1,503

Pregunta5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ansioso	3	5,1	5,1	5,1
	Incómodo	19	32,2	32,2	37,3
	relajado	7	11,9	11,9	49,2
	Tan nervioso	20	33,9	33,9	83,1
	tenso	10	16,9	16,9	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.32 Mujeres se sienten nerviosas y cómodas



Solo el 11,9% se encuentran relajadas al estar a punto de recibir la inyección. Cuando una mujer embarazada se encuentra en el sillón esperando a ser colocada una inyección de anestesia, ellas se sienten tan nerviosa que por el momento empiezan a sudar y se encuentran mal, seguido del 32.2% que manifiestan que se encuentran muy incomodas.

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE NORMAN CORAH

Tabla Nº 36: Escala de Ansiedad

Estadísticos

Puntaje_ansiedad		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		10,32
Desv. típ.		5,364
Varianza		28,774

Puntaje_ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5,00	2	3,4	3,4	3,4
	6,00	1	1,7	1,7	5,1
	7,00	3	5,1	5,1	10,2
	8,00	4	6,8	6,8	16,9
	9,00	4	6,8	6,8	23,7
	10,00	3	5,1	5,1	28,8
	11,00	6	10,2	10,2	39,0
	12,00	2	3,4	3,4	42,4
	13,00	2	3,4	3,4	45,8
	14,00	3	5,1	5,1	50,8
	15,00	5	8,5	8,5	59,3
	16,00	2	3,4	3,4	62,7
	17,00	2	3,4	3,4	66,1
	18,00	3	5,1	5,1	71,2
	19,00	3	5,1	5,1	76,3
	20,00	4	6,8	6,8	83,1
	21,00	4	6,8	6,8	89,8
	22,00	2	3,4	3,4	93,2
	25,00	4	6,8	6,8	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Se puede observar que el índice de ansiedad es del 10.32, esto lo muestra la media lo que indica que las mujeres investigadas presentan una ansiedad moderada.

Tabla Nº 37: Niveles de ansiedad

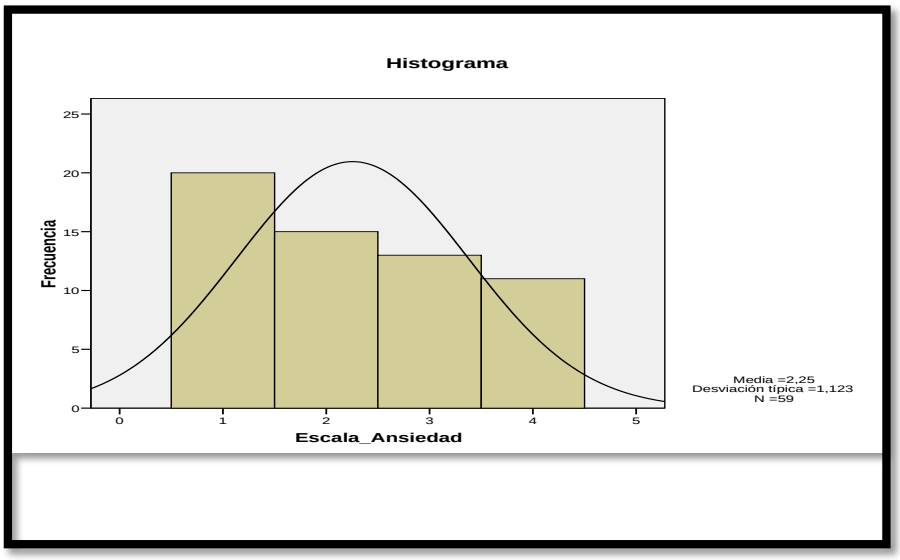
Estadísticos

Escala_Ansiedad		
N	Válidos	59
	Perdidos	0
Media		2,25
Desv. típ.		1,123
Varianza		1,262

Escala_Ansiedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANSIEDAD ALTA	20	33,9	33,9	33,9
	ANSIEDAD MODERADA	15	25,4	25,4	59,3
	ANSIEDAD SEVERA	13	22,0	22,0	81,4
	NO TIENE ANSIEDAD	11	18,6	18,6	100,0
	Total	59	100,0	100,0	

Figura 7.33 Niveles de Ansiedad



De igual forma se puede observar que el 33.9% de las mujeres en su mayoría, presentan un estado ansioso alto frente al ir de consulta donde el odontólogo, seguido del 25.4% que indican que tienen una ansiedad moderada.

COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Luego de haber analizado las diferentes preguntas en los diferentes test, se tiene que realizar la comprobación de las hipótesis propuestas.

Para determinar si las hipótesis son verdaderas primero se debe establecer una hipótesis nula y otra alternativa, en nuestro caso serán las siguientes:

1. **La conducta de miedo observada en los padres durante la niñez son los responsables de la aparición de fobia en las personas investigadas.**

HIPÓTESIS ALTERNATIVA H1: Hay relación entre las variables conducta de miedo observada en la consulta odontológica en sus padres durante la niñez.vsfobia en las personas investigadas.

HIPÓTESIS NULA Ho: No Hay relación entre las variables conducta de miedo observada en la consulta odontológica en sus padres durante la niñez.vsfobia en las personas investigadas.

Tabla 4.1 Escala de Ansiedad

Tabla de contingencia Preguntaveinticinco * Escala_Ansiedad

Recuento

		Escala_Ansiedad				Total
		ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	NO TIENE ANSIEDAD	
Preguntaveinticinco	Mamá	5	0	1	0	6
	Mamá y Papá	0	0	1	0	1
	NO	13	15	10	10	48
	Papá	2	0	1	1	4
Total		20	15	13	11	59

Es claro observar que de las 59 personas investigadas, solamente 7 muestran que tienen ansiedad alta, y 3 ansiedad severa, lo cual provoca fobia de visitar al odontólogo.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint.[a]	T aproximada[b]	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
						Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							Límite inferior	Límite superior
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,229	,117	1,774	,081[c]	,089[d]	,084	,095
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,181	,139	1,388	,170[c]	,173[d]	,165	,180
Medida de acuerdo	Kappa	,053	,057	1,107	,268	,360[d]	,351	,370
N de casos válidos		59						

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

d. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	13,465[a]	9	,143	,102[b]	,096	,108			
Razón de verosimilitudes	15,310	9	,083	,082[b]	,076	,087			
Estadístico exacto de Fisher	11,383			,097[b]	,091	,103			
Asociación lineal por lineal	3,036[c]	1	,081	,089[b]	,084	,095	,047[b]	,043	,051
N de casos válidos	59								

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.

c. El estadístico tipificado es 1,742.

La valoración que se obtiene dentro de la correlación entre la variable independiente conducta de miedo observada en la consulta odontológica en sus padres durante la niñez versus la variable dependiente fobias en las personas investigadas, después de haber realizado la debida correlación, muestra que existe una plena relación ya que sus grados de significancia son mayores que 0.05 es decir, se rechaza HO y por lo tanto hay una plena relación entre las variables conducta de miedo observada en la consulta odontológica en sus padres durante la niñez.vsfobia en las personas investigadas.

Es decir a pesar de ser pocas las madres embarazadas que sufren de ansiedad alta, que tiende a severa, la correlación muestra que hay una íntima relación entre las fobias que puede adquirir una persona adulta por haber observado la conducta de los padres en la niñez al odontólogo.

2. **El ruido que provoca la turbina es el factor predominante en la aparición de fobias en la muestra de personas investigadas.**

HIPÓTESIS ALTERNATIVA H1: Hay relación entre las variables ruido que provoca la turbina vs fobias en las personas investigadas.

HIPÓTESIS NULA Ho: No Hay relación entre las variables ruido que provoca la turbina vs fobias en las personas investigadas.

Tabla 4.2 Escala de Ansiedad

Tabla de contingencia Preguntanueve * Escala_Ansiedad

Recuento

		Escala_Ansiedad				Total
		ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	NO TIENE ANSIEDAD	
Preguntanueve	NO	2	7	1	7	17
	SI	18	8	12	4	42
Total		20	15	13	11	59

Se observa que de las 42 mujeres embarazadas que tienen miedo al ruido de la turbina, 18 presentan ansiedad alta, lo cual indica que ya presentan una fobia, 12 muestran ansiedad severa.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint.[a]	T aproximada[b]	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
						Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							Límite inferior	Límite superior
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,292	,122	-2,302	,025[c]	,029[d]	,025	,032
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,290	,122	-2,286	,026[c]	,027[d]	,024	,030
Medida de acuerdo	Kappa	.[e]						
N de casos válidos		59						

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

d. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 957002199.

e. No se pueden calcular los estadísticos Kappa. Requieren una tabla simétrica de 2 vías en la que los valores de la primera variable sean idénticos a los valores de la segunda.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	15,113[a]	3	,002	,001[b]	,000	,001			
Razón de verosimilitudes	15,653	3	,001	,002[b]	,001	,003			
Estadístico exacto de Fisher	14,402			,001[b]	,001	,002			
Asociación lineal por lineal	4,932[c]	1	,026	,029[b]	,025	,032	,019[b]	,016	,021
N de casos válidos	59								

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,17.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 957002199.

c. El estadístico tipificado es -2,221.

La valoración que se obtiene dentro de la correlación entre la variable independiente ruido que provoca la turbina vs fobias en las personas investigadas, después de haber realizado la debida correlación, muestra que no existe una plena relación ya que sus grados de significancia son menores que 0.05 es decir, se acepta HO y por lo tanto no hay una plena relación entre las variables independiente ruido que provoca la turbina vs fobias en las personas investigadas.

Lo cual muestra que no solamente el ruido de la turbina, es lo que llega a causar una fobia, puede anexarse diferentes ingredientes que causen estas fobias en las mujeres embarazadas investigadas.

3. **Los Traumatismos provocados por el odontólogo son la causa de fobias en las personas investigadas.**

HIPÓTESIS ALTERNATIVA H1: Hay relación entre las variables traumatismos provocados por el odontólogo vs fobias en las personas investigadas.

HIPÓTESIS NULA Ho: No Hay relación entre las variables traumatismos provocados por el odontólogo vs fobias en las personas investigadas.

Tabla 4.3 Escala de Ansiedad

Tabla de contingencia Preguntaveintidos * Escala_Ansiedad

Recuento

		Escala_Ansiedad				Total
		ANSIEDAD ALTA	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA	NO TIENE ANSIEDAD	
Preguntaveintidos	NO	19	13	10	10	52
	SI	1	2	3	1	7
Total		20	15	13	11	59

Se observa que tan sólo siete personas son las que han desarrollado algún tipo de fobia por los traumas causados por el odontólogo y de estas personas solo cuatro muestran ansiedad alta que tiende a severa.

Medidas simétricas

		Valor	Error típ. asint.[a]	T aproximada[b]	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
						Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							Límite inferior	Límite superior
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,104	,111	,793	,431[c]	,483[d]	,473	,493
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	,117	,110	,887	,379[c]	,395[d]	,385	,404
Medida de acuerdo	Kappa	.[e]						
N de casos válidos		59						

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

d. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 215962969.

e. No se pueden calcular los estadísticos Kappa. Requieren una tabla simétrica de 2 vías en la que los valores de la primera variable sean idénticos a los valores de la segunda.

Esta comprobación se obtiene dentro de la correlación entre la variable independiente traumatismos provocados por el odontólogo vs fobias en las personas investigadas, después de haber realizado la debida correlación, muestra que no existe una plena relación ya que sus grados de significancia son menores que 0.05 es decir, se acepta HO y por lo tanto no hay una plena relación entre las variables traumatismos provocados por el odontólogo vs fobias en las personas investigadas.

De igual manera que la hipótesis anterior, se observa que no solo los traumas provocados por los odontólogos pueden llegar a causar fobia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Luego de haber realizado toda la investigación, se tienen las siguientes conclusiones:

- Los resultados permiten establecer que la ansiedad ante el tratamiento odontológico de la muestra evaluada tiende a ser de ansiedad moderada a ansiedad Alta.
- De acuerdo a los resultados obtenidos con respecto a los estímulos que están asociados con las reacciones de ansiedad más severas son el ruido de la turbina en un 71,2%, el playo en un 52,5 %, y en un 52% las jeringas con la aguja.
- Además sólo el 10,2% de la población en estado de gestación visita al odontólogo siempre según la encuesta realizada, los tratamientos que les provoca más miedo son las extracciones dentales seguida por las malas experiencias con respecto al maltrato del odontólogo que son los gritos que el profesional realiza durante la atención. Por consiguiente entre menos se visite al odontólogo mayor es la probabilidad de padecer de sufrimientos bucales.
- Las señoras embarazadas al no tener conocimiento sobre el cuestionario a seguir manifestaban duda sobre las encuestas, por lo que según el proceso realizado y los resultados obtenidos posteriormente considero que se han cumplido con los objetivos planteados en un 90% aproximadamente.
- De acuerdo a un estudio por los Doctores Claudia Caycedo, Omar Fernando Cortés, Rocío Gama, Helena Rodríguez y Patricia Colorado en Colombia se afirma que la gran mayoría de las personas presentan niveles de ansiedad entre moderado y severo según SDAI en un 51%, lo cual está muy por encima de los datos reportados, incluso si se considera únicamente el porcentaje de pacientes con ansiedad severa (25, 6% para el SDAI y 27,4% para el MDAS).
- Un estudio llevado a cabo en Holanda reporto que solo el 14 % de la población Holandesa no experimentó aprensión o ansiedad al visitar al dentista, mientras que casi el 40% experimento ansiedad por encima de lo normal y el 22% mostraron estar altamente ansiosos. En mi investigación el 18,3% no experimentó ansiedad y el 33.9% presenta ansiedad alta Anexo.pág.205
- Por otra parte los resultados con relación a los estímulos que están asociados con las reacciones de ansiedad más severas son consistentes con los reportados por el Dr.Erten, Akarslan y Bodrumulu (2007), esto es lo relativo al uso de jeringas, agujas e inyecciones. En la muestra de este estudio se encontró que adicionalmente se presentaban reacciones intensas de ansiedad ante la extracción de un diente.

- Este estudio se diferencia de los doctores Claudia Caicedo Omar Cortés, Rocío Gama, Helena Rodríguez y Patricia Colorado en que la ansiedad tomada en su muestra está entre moderada y severa mientras que en mi investigación está entre ansiedad moderada y ansiedad alta además para el Dr.Erten, Akarslan y Bodrumulu los estímulos asociados con ansiedad severa esta la jeringa mientras que en mi investigación está la turbina.
- Coinciden en que la situación que les provoca más miedo son las extracciones dentales y las visitas al odontólogo por lo tanto resultan más escasas.
- El ruido de la turbina no es por si sola la responsable de aparición de fobias en las mujeres embarazadas sino la reunión de los demás estímulos como la jeringa, el playo, junto con el trato del odontólogo provocan aumento de su miedo.
- De igual manera el trato del odontólogo junto con lo que representa el dolor del tratamiento aumenta su ansiedad durante el tratamiento.

Recomendaciones

Después de haber finalizado la investigación y luego de haber analizado los resultados propondría que:

Para una nueva investigación en lo referente a "Estilos de atención odontológica y fobias en mujeres embarazadas" preguntaría a las señoras ¿Por qué tienen miedo y se van sin recibir la atención odontológica?

En cuanto al instrumento como es un cuestionario sugeriría colocar un número reducido de preguntas para que contesten en menor tiempo y no les produzca molestia.

Se establezca un diálogo con los pacientes para disminuir el miedo, explicando el uso de los materiales a ser utilizados, las consecuencias posteriores en caso de que no se hagan tratar.

Espero que este estudio aporte como evidencia para recomendar a los padres, eviten transmitir a sus hijos el miedo propio de ellos, debido a que este miedo aprendido influya negativamente en el desenvolvimiento de sus hijos e hijas causando un pésimo estado bucal.

Todas las señoras embarazadas deben obligatoriamente examinar sus dientes de ser posible antes de quedar embarazada, lo más óptimo sería que acudan al odontólogo, observando que durante el embarazo hay una serie de cambios hormonales los cuales aumentan el consumo de azucares por los llamados antojos.

La especialidad en obstetricia, psicología y odontología deberían ir a la par en cuanto la atención de pacientes embarazadas, las tres especialidades cumplen un papel fundamental en la salud bucal de las pacientes de esta manera se evitaría caer en algún trauma de atención odontológica y las demás necesidades médicas ,y que según su despreocupación dental que incluso se está investigando que las bacterias de la boca pueden provocar la pérdida del niño así como su bajo peso al nacer, en las pacientes que ya poseen un mal estado bucal antes de su embarazo.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Tangibles

- Hernández, Fernández y Baptista (1998). *Metodología de la Investigación* McGraw-Hill México. Editorial Ultra- Cuarta Edición, Páginas 3 -515

- López-Ibor Aliño Juan J (2003). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Edición Española. 2003. pág. 494-501

- Riso Walter (2003). *Un Reencuentro con las Fuentes Naturales del Bienestar y la Salud Emocional*. Grupo editorial Norma. Primera Edición Impreso por QuebecorWorld Bogotá S.A.pág.99-102

- Lcda. Guadalupe Tasiguano(2011).FUENTE: Registros estadísticos Área19 – Guamaní

Virtuales

- Alexander LD. J Am (1973)**.**Dent Origins and characteristics of fear of dentistry. Kleinknecht RA, Klepac RK, Assoc,p.86

- Baggini CE, Gilgun LC. (enero 2005).En diálogo con el odontólogo y el psicólogo.Segunda parte. p.3. versión online. Disponible en: http://www.odontologia-online.com/pacientes/pac09/pac09.htm

- Cabero RouraLluís (2007).Bebe en Prenatal Presidente de la sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

- CárdenasMaritza (2010),"Dar a luz, madres primerizas, Miedos, Parto, primer hijo, temores".

- Colle Sherman, PhDnet (2008).Fobias Infantiles-Miedo o Fobias: - Copyright

- Corah,N. Gale,E. Y IIlig,S (1998)."Assessment of a dental anxiety scale".J. Am. Dent.Assoc. Vol. 97: p.816.

- Cottraux, Jean, y EvelyneMollard (2000). Las Fobias: Nuevas perspectivas. México.

- Echeverría GarcíaJosé Javier (2010). El Manual de Odontología.

- Gómez Sangang Sergio Tovar (2000). Jardines de la Cruz Tepic Nayarit, México C.P.

- Jill S. Nield y Ginger A (1998). Fundamentos de instrumentación periodontalEd.Houseman; Masson

- Laguna Murcia P (enero 2004).El origen del miedo dental está vinculado a vivencias infantiles. Versión online.Disponibleen: http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis.html

- Liddell A, Gosse V.JBehav (1998)**.**Characteristics of early unpleasant dental experiences.TherExp.Psychiatry..

- Lazarus, R. y Folkman (1986).Estrés y Procesos Cognitivos. Capítulo 1. Editorial Martínez Roca. Barcelona, España.

- Márquez Rodríguez JA (2001). Estudio sobre los conocimientos, comportamientos y actitudes respecto a la salud oral. Propias. Universidad de Sevilla.

- Martino (1987). BK de. Ansiedad. Una revisión bibliográfica. ClinOdontNortAmer.

- Runyon Ms et al (2004). Efficacy of Pencillingfor Dental Pain without Overt Infection.AcadEmergMed.

- Riethe Peter (1990).Atlas de Profilaxis de las Caries y Tratamiento Conservador;Ed. Salvat.

- Rojas Alcayaga G*, MisrachiLaunertC (2004**)**.Lainteraccion paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca.V.20 n.5.Madrid.

- Stanik-Hult JA, Sueken KL, Belcher AE (2001).Fontaine DK, Gift AG. Pain experiences of traumatically injuries patient in a critical care setting. Am J CritCare.

- Urbano Elisa (2006).Sexología y Terapéutica Psicología, Copyright@ Psicoarea. Versión Online. Disponibles en:http://www.psych.org/public info/phobias.html(24 Oct.2000)

- WoolgroveJ, Cumberbatch G (1986). Dental anxiety and regularity of dental attendance.J Dent; p.14. Versión online. Disponible en: http://www.diariomedico.com/entorno/ent060201combis.html

ANEXOS

ANEXO A. GLOSARIO TÉCNICO

Ansiedad dental.- Desesperación por desconocimiento, perturbación angustiosa del ánimo ante una situación peligrosa real o imaginaria, ligados a aspectos específicos del tratamiento.

Ambivalencia.- Pensamientos y emociones de ambas valencias positiva y negativa hacia alguien o algo.

Cemento dental.- Capa dura, opaca, amarillenta.

Dentina.- Tejido del diente mineralizado.

Estomatología.-se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de la cavidad bucal.

Evasión.-Mecanismo del subconsciente por el cual el individuo evita enfrentarse con un hecho doloroso y desagradable.

Gingivitis.- Daño en las encías por demasiada comida sin aseo dental

Hipnosis.- Estado de mayor receptibilidad a la dirección y a la sugestión, inicialmente inducido por la influencia de otra persona.

Ligamento perio-dental.- Tejido Conjuntivo. Que rodea la raíz del diente y une al hueso su función es proteger al diente de los impactos.

Labilidad.-Individuo que presenta inestabilidad psíquica o afectiva debido a la falta de control de las relaciones emotivas.

Narcisismo.- Admiración permanente por sí mismo, trastorno psicosexual de la sexualidad.

Profilaxis.- Cuidado anterior para evitar un daño o enfermedad.

Pulpa dentaria.- Tejido mesodérmico suave que contiene vasos sanguíneos y fibras nerviosas para dar sensibilidad al diente.

Súper yo.- Una de las instancias al igual que YO y ELLO, que en la segunda tópica de Freud constituye el aparato psíquico y compone la personalidad.

Umbral.-Valor mínimo de una magnitud a partir del cual se produce un fenómeno determinado.

ANEXO B. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

R.P.M.- Revolución por minuto
D.S.M –IV.-*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*
INEC.-Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
PAS.-Pasante
ETS.- Enfermedades de Transmisión Sexual
IVU.-Infección de Vías Urinarias
EDA.-Enfermedad Diarreica Aguda
EBAS.-Equipo Básico de Salud y Emergencias
SPSS.- Statistical Package for the Social Sciences
SDAI.-Inventario de Ansiedad Dental- Versión Corta
MDAS.-Escala de ansiedad dental modificada

ANEXO C. CUESTIONARIO DEL MIEDO AL ODONTÓLOGO

Le solicitó me colabore contestando el siguiente cuestionario con la mayor sinceridad posible. Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Edad: **Meses de Gestación:**

Encierre en un círculo si la respuesta es AFIRMATIVA SI O NEGATIVA NO.

1.- ¿Usted es una de esas personas que busca cualquier motivo o pretexto para no ir al odontólogo si sabe que la cita es mañana?

SI **NO**

A continuación va a responder SI tiene o NO miedo a las siguientes situaciones u objetos que son parte de una consulta o tratamiento odontológico.

2.-OBJETOS

a.-Tiene miedo a Jeringas con aguja	SI	NO
¿En qué momento le provoca miedo la jeringa?		
*.-¿El sólo ver la jeringa anestésica?	SI	NO
*.- ¿En el momento que le introducenla aguja en la encía?	SI	NO
b.- Tiene miedo al Bisturí	SI	NO
***.-¿En qué instante siente miedo al bisturí ?**		
*- El sólo ver el bisturí	SI	NO
*.- Cuando realiza un corte elbisturí en su boca	SI	NO
c. – Tiene miedo al Playo	**SI**	**NO**
¿En qué momento tiene miedo al playo?		
*.-El sólo mirar el playo	SI	NO
*.-El momento que le mueven el diente con el playo	SI	NO

3.-SITUACIONES

a.- ¿Tiene miedo permanecer en la sala de espera?	SI	NO
b- ¿El solo escuchar laturbina le da miedo?	SI	NO

4.-¿Tiene miedo a la Turbina?	SI NO
¿En qué momento le provoca miedo la turbina?	
a.- En el momento que le realizan un corte en la encía	SI NO
b.- Quizá que le realicen un corte en el diente.	SI NO
c.- Cuando la turbina lima su diente	SI NO
d.-En el momento que la turbina vibra en su boca	SI NO
e.- El sólo ver la turbina en movimiento	SI NO

5.-Con qué frecuencia visita al odontólogo? Encierre en un círculo la palabra con la que más se identifica.

a.- Siempre

b.- Casi Siempre

c.- Casi nunca

d.- Nunca

6.- ¿Ha tenido o experimentado tratamientos dentales dolorosos que hayan marcado su vida?

SI NO

¿Cuáles? ----------

7.- ¿Cuándo ya está dentro del consultorio odontológico empieza a sentir?

a.- Palpitaciones	SI NO
b.- Sudoración	SI NO
c.- Resequedad en la boca	SI NO
d.- Nausea	SI NO
e.- Temblor	SI NO
f.- Ahogo	SI NO
g.- Opresión	SI NO
h.- Mareo	SI NO

i.- Miedo a perder el control	SI NO
j.- Hormigueo	SI NO
k.- Miedo a Morir	SI NO
l.- Aumento frecuencia cardiaca	SI NO
m.- Aumento de Respiración	SI NO
o.- Desmayo	SI NO

A continuación va a señalar si tuvo o no alguna experiencia negativa en el pasado o recientemente en un tratamiento odontológico.

8.- ¿Recuerda alguna experiencia negativa de su infancia muy dolorosa en la consulta odontológica que no ha podido olvidar y que le impide ir al odontólogo?

SI NO

¿Cuál?----------

9.-- ¿Ha tenido experiencias negativas muy dolorosas actuales o recientes en la consulta odontológica que no podrá olvidar y le causa miedo acudir al odontólogo?

SI NO

¿Cuáles? ----------

10.- ¿Tiene miedo al tratamiento odontológico porque alguien de su entorno le contó lo terrible que es?

SI NO

¿Quién?

……

11.- ¿Ha tenido una experiencia negativa con relación al maltrato del dentista o del personal de enfermería en el consultorio odontológico hacia usted?

SI NO

¿Cómo?.....

12.- ¿Tiene miedo al tratamiento odontológico por que de niña y hasta hoy observó en sus padres el miedo que tenían ellos para realizarse un tratamiento dental?

SI NO

¿Cuál?.....

ANEXO D. Cuestionario De La Escala De Ansiedad Dental De Norman Corah

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DECIENCIAS PSICOLÓGICAS

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE NORMAN CORAH

1. Si debe acudir mañana al dentista a una visita de revisión, cómo se siente?

a. Lo espero como una experiencia bastante agradable /

b. No le doy importancia /

c. Me siento algo incómodo /

d. Tengo miedo a que sea desagradable y doloroso /

e. Estoy muy asustado sobre lo que me harán

2. Cuando está esperando en la sala de espera del dentista, cómo se siente?

a. Relajado /

b. Algo incómodo /

c. Tenso /

d. Ansioso /

e. Tan nervioso que por momentos empiezo a sudar y me encuentro mal

3. Cuando se encuentra en el sillón dental esperando mientras el dentista prepara el taladro para empezar a trabajar, cómo se siente?

a. Relajado /

b. Incómodo /

c. Tenso /

d. Ansioso /

e. Tan nervioso que por momentos empiezo a sudar y me encuentro mal

4. Imagínese que está en el sillón dental para una limpieza. Mientras espera al dentista o al higienista que está preparando los instrumentos para raspar sus dientes y encías, cómo se siente?

a. Relajado /

b. Incómodo /

c. Tenso /

d. Ansioso /

e. Tan nervioso que por momentos empiezo a sudar y me encuentro mal

5. Cuando se encuentra en el sillón dental y está a punto de recibir una inyección de anestesia local en su encía, cómo se encuentra?

a. Relajado /

b. Incómodo /

c. Tenso /

d. Ansioso /

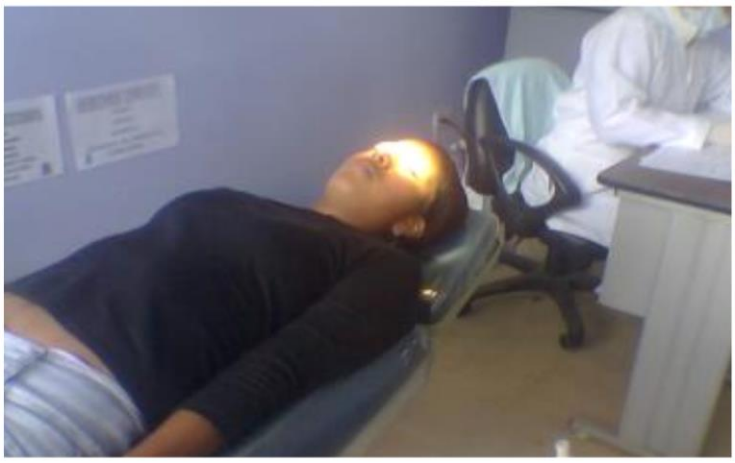
e. Tan nervioso que por momentos empiezo a sudar y me encuentro mal

ANEXO F. FOTOS

Sub-Centro de Salud de Caupichu

Directora del Sub-Centro de Salud

Señoras Encuestadas



Lupe del Pilar Guallimba Revelo
C.I. 171276760-5.

TABLA DE CUADROS

Tabla Nº 1 Morbilidad 7
Tabla Nº 2 Análisis interno y externo 9
Tabla Nº 3 Miedos normales en los niños 56
Tabla Nº 4: Edad.....102
Tabla Nº 5: Meses de Embarazo.....104
Tabla Nº 6: Motivo para no ir al odontologo.....105
Tabla Nº 7: Tiene miedo a las jeringas con agujas 106
Tabla Nº 8: Momento que el provoca miedo a la jeringa.....107
Tabla Nº 9: Tiene miedo al bisturi.....108
Tabla Nº 10: Solo ver el bisturi 109
Tabla Nº 11: Tiene miedo la playo 110
Tabla Nº 12: Momento que provoca el playo.....111
Tabla Nº 13: La espera en el consultario dental le da miedo.....112
Tabla Nº 14: Solo escuchar turbina.....113
Tabla Nº 15: Tiene a la turbina.....114
Tabla Nº 16: Momento que el prooca miedo a la turbina.....115
Tabla Nº 17: Frecuencia que visita al odontologo 116
Tabla Nº 18: Tratamiendo dentales dolorosos.....117
Tabla Nº 19: Tratamientos dentales 118
Tabla Nº 20: Cuando ya esta en tratamiento 119
Tabla Nº 21: Experiencia negativa dolorosa 120
Tabla Nº 22: Recuerda alguna experiencia negativa.....121
Tabla Nº 23: Experiencias negativas dolorosas actuales.....122
Tabla Nº 24: Experiencias negativas muy dolorosas 123
Tabla Nº 25: Miedo al tratamiento odontologico.....124
Tabla Nº 26: Se informa de malas experiencias 125
Tabla Nº 27: Experiencias negativas con relacion al maltrato 126
Tabla Nº 28: Maltrato del dentista 127
Tabla Nº 29: Miedo al maltrato odontologico 128
Tabla Nº 30: Causantes de este miedo 129
Tabla Nº 31: Acudir mañana al dentista.....130
Tabla Nº 32: En la sala de espera del dentista 131
Tabla Nº 33: En el sillón dental esperan al dentista.....132
Tabla Nº 34: En el sillón dental para una limpieza.....133
Tabla Nº 35: Al recibir una inyección de anestesia 134
Tabla Nº 36: Escala de Ansiedad.....135
Tabla Nº 37: Niveles de ansiedad 136

Tabla 4.1 Escala de Ansiedad.....137
Tabla 4.2 Escala de Ansiedad.....139
Tabla 4.3 Escala de Ansiedad.....140

TABLA DE GRAFICOS

Figura 1.1Organigrama del Sub-centro de Salud de Caupichu 10
Figura. 1.2 Cambios fisiológicos que se producen en el embarazo 13
Figura 1.3 Resumen de cambios en el embarazo por trimestres.....15
Figura 2.1 Elementos de la cavidad bucal.....21
Figura 2.2 Partes del diente donde hay mayor y menor sensibilidad.....23
Figura 2.3 Instrumento de baja velocidad que causa dolor en la paciente 24
Figura 2.4. Instrumento de alta velocidad que causa dolor en la paciente 25
Figura 2.5. Jeringas Tipo Carpule.....26
Figura 2.6. Jeringas Normales Desechables 26
Figuras 2.7. Instrumentos de corte.....27
Figuras 2.8. Fórceps Dentales.....28
Figuras 2.9. Escoplos y Martillos 28
Figuras 2.10. Instrumental para suturar.....28
Figura 2.11. Instrumentos para Suturar tejidos en la cavidad bucal 29
Figura 2.12. Exploradores 29
Figura 2.13. Espejos.....30
Figura 2.13. Tratamiento por Endodoncia.....31
Figura 2.14. Instrumentos de Cirugía.....32
Figura 2.15. Cirujía de un tercer molar en mala posición 32
Figura 2.16. Caries en una pieza dental 34
Figura 2.17. Infección Aguda de una pieza dental.....35
Figura 2.18 Cuidados que debe tener una mujer embarazada en su boca 37
Figura 3.1. Clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-IV 42
Figura 3.2. Estructura nerviosa donde se encuentra el miedo 50
Figura 7.1 Edad promedio de las mujeres embarazadas 103
Figura 7.2 Edad gestacional del bebe.....104
Figura 7.3 50.8 mujeres embarazadas no buscan motivo.....105
Figura 7.4 Histograma.....106
Figura 7.5 Solo ver la jeringa anestésica.....107
Figura 7.6 No tiene miedo al bituri.....108
Figura 7.7 Cuando realiza un corte en la boca.....109
Figura 7.8 Muestra que no tiene miedo al playo.....110
Figura 7.9 31 personas manifiestan temor al playo 111
Figura 7.10 42.4% de mujeres embaradas tiene miedo en la sala de espera 112

Figura 7.11 El ruido de la turbina provoca miedo 113
Figura 7.12 72.9 manifiestan mucho miedo por la turbina.....114
Figura 7.13 Miedo con mayor frecuencia 115
Figura 7.14 Casi nunca visita al odontogolo 116
Figura 7.15 No ha experimentado tratamientos dentales dolorosas.....117
Figura 7.16 22 personas han tenido tratamientos dolorosos.....118
Figura 7.17 Cuando estan dentro del consultorio 119
Figura 7.18 No recuerda alguna experiencia dolorosa.....120
Figura 7.19 Experiencias dolorosas de visitas al odontologo.....121
Figura 7.20 Malas experiencias 122
Figura 7.21 Extraciones dentales con malas experiencias.....123
Figura 7.22 No tiene miedo al tratamiendo odontologico.....124
Figura 7.23 Personas que cuentan de malas experiencias 125
Figura 7.24 Malas experiencias con destintas 126
Figura 7.25 Personas que sufrieron algun maltrato.....127
Figura 7.26 No le efecto el miedo que observo de niña 128
Figura 7.27 Miedo que observaron en la madre 129
Figura 7.28 Algo agradable y algo asustada 130
Figura 7.29 Algo incomodas y tensas 131
Figura 7.30 Observando el taladro se sienten nerviosas 132
Figura 7.31 Ansiedad al preparar un instrumental.....133
Figura 7.32 Mujeres se sienten nerviosas e incomodas.....134